



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**l'Assurance
Maladie**

ATI**H**

Nos données
au service
de la Santé

**E
D
I
D
G**

Guide du parcours patient et de la facturation des soins en établissement de santé

***Partie 1 | Admission, sortie
et prise en charge administrative du patient***

Mars 2026

SOMMAIRE

FICHE 1 | Les règles d'admission des patients accueillis dans le cadre des actes et consultations externes en établissement de santé p. 6

1. L'admission en actes et consultations externes (ACE) programmés p. 6
2. L'admission pour consultations dans un service d'urgences p. 7

FICHE 2 | Les règles d'admission des patients accueillis en hospitalisations en établissement de santé p. 8

1. Le cas général p. 8
2. La décision d'admission en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) p. 11
3. La décision d'admission en soins médicaux et de réadaptation (SMR) p. 12
4. La décision d'admission en hospitalisation à domicile (HAD) p. 12
5. La décision d'admission en psychiatrie p. 13

FICHE 3 | Les règles d'admission d'un mineur dans un établissement de santé p. 22

1. La notion d'autorité parentale et de majorité en France p. 22
2. L'admission du mineur p. 23
3. L'information médicale et autorisation d'opérer p. 28
4. La reconnaissance d'un droit au secret au profit du mineur p. 29
5. La sortie du mineur p. 30

FICHE 4 | Admission d'une personne gardée à vue en établissement de santé p. 31

1. La garde à vue et soins p. 31
2. La garde à vue est compatible avec l'état de santé p. 33
3. L'état de santé de la personne gardée à vue nécessite des examens complémentaires en établissement de santé préalables à l'avis du médecin p. 33
4. Le transfert de la personne gardée à vue dans un établissement de santé pour hospitalisation p. 34

FICHE 5 | La sortie d'un établissement de santé → retour à domicile et transfert à la suite d'une hospitalisation **p. 35**

1. La sortie en fin de séjour p. 35
2. L'autorisation de sortie ou permission p. 36
3. Les cas particuliers de sortie p. 38
4. Les documents à remettre aux patients p. 39

FICHE 6 | La sortie d'un établissement de santé → le décès : formalités, prélèvements et dons du corps **p. 42**

1. Les formalités lors de la survenue d'un décès p. 42
2. Les formalités du transport du corps p. 42
3. Les cas particuliers p. 43
4. Les dons du corps à la science p. 46

FICHE 7 | Les débiteurs → patients et tiers **p. 48**

1. Le débiteur est le patient p. 48
2. Le débiteur est un tiers autre que le patient p. 49

FICHE 8 | Les débiteurs → organismes relevant de l'assurance maladie obligatoire (AMO) **p. 55**

1. Les définitions p. 56
2. Les assurés sociaux et ayants-droit : la protection universelle maladie p. 58
3. Les différents régimes de sécurité sociale p. 59
4. La complémentaire santé solidaire (C2S) p. 61
5. Les procédures de prises en charge p. 61

FICHE 9 | La carte Vitale **p. 65**

1. La définition p. 65
2. La carte Vitale matérialisée p. 66
3. La carte Vitale dématérialisée : AppCV p. 69

FICHE 10 | Le parcours de soins coordonnés**p. 71**

- | | | |
|----|------------------------------------|-------|
| 1. | Le champ d'application | p. 71 |
| 2. | Les prises en charge particulières | p. 75 |

FICHE 11 | Les relations avec les AMC (assurances maladie complémentaires)**p. 97**

- | | | |
|----|--|--------|
| 1. | Le cadre général | p. 97 |
| 2. | Le champ et nature des conventions de tiers payant | p. 100 |
| 3. | Les procédures à mettre en place dans le cadre des conventions de tiers payant | p. 104 |
| 4. | Les contrats dits de réseau | p. 110 |

FICHE 12 | Les modalités de prise en charge des patients venant de l'étranger**p. 112**

- | | | |
|----|--|--------|
| 1. | Les assurés d'un régime obligatoire de sécurité sociale d'un État de l'Union européenne (UE) - l'Espace Économique Européen (EEE) - Suisse - Royaume-Uni | p. 112 |
| 2. | Les patients ressortissants d'un État ayant conclu un accord bilatéral de sécurité sociale | p. 115 |
| 3. | L'aide médicale de l'État (AME) | p. 119 |
| 4. | Les soins urgents aux étrangers en situation irrégulière | p. 123 |
| 5. | Le récapitulatif de l'accueil et de la facturation des patients sans droit au moment de l'admission | p. 125 |
| 6. | Le dispositif de tarification libre des séjours hospitaliers des patients étrangers non assurés sociaux | p. 127 |

Le guide du parcours patient et de la facturation des soins en établissement de santé a été rédigé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Fortes de leur expertise du financement et de la valorisation des établissements de santé, l'Agence Technique de l'Information pour l'Hospitalisation (ATIH) et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) ont participé à l'élaboration et à la relecture de ce guide.

Nous adressons nos sincères remerciements à l'ensemble des contributeurs pour leur engagement et la qualité de leurs apports.

FICHE 1 | Les règles d'admission des patients accueillis dans le cadre des actes et consultations externes en établissement de santé

CONTEXTE :

Les actes et consultations externes (ACE) sont l'accueil et la prise en charge de patients en établissement de santé **en dehors d'une hospitalisation**. Ils entrent dans les missions des établissements de santé, définies à l'[article L6111-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#).

Il existe deux types d'ACE :

- les ACE sans lien avec une hospitalisation
- les ACE ayant pour objectif la préparation d'une hospitalisation ou le suivi médical après une hospitalisation ou une intervention.

1. L'admission en actes et consultations externes (ACE) programmés

L'accueil en consultations nécessite au préalable une prise de rendez-vous auprès du médecin concerné.

Les rendez-vous peuvent être pris de différentes façons :

- directement par téléphone auprès du service concerné, ou d'une plateforme centralisant les rendez-vous au sein de l'établissement
- par moyens dématérialisés sur des plateformes dédiées ou sur le site internet de l'établissement
- directement sur place auprès des secrétariats ou d'un service centralisé de prises de rendez-vous.

Les rendez-vous nécessitent d'être incrémentés dans le système d'information de l'établissement, afin d'alimenter la base de données nécessaire à la création des dossiers administratifs des patients.

La première consultation d'un patient externe donne donc lieu à l'ouverture d'un **dossier administratif**.

Les informations contenues dans le dossier administratif sont confidentielles, les agents hospitaliers étant tenus au secret professionnel « *pour les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leur fonction.* » en application de l'[article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#). La violation du secret professionnel est par ailleurs répréhensible pénalement au titre de l'[article 226-13 - Code pénal - Légifrance](#).

Les éléments relatifs à l'accueil du patient pris en charge en acte et consultation externes sont communs à tous les établissements, quel que soit le type d'ACE.

Ces dossiers administratifs comportent toutes les données utiles au suivi du parcours des patients lors de leurs venues en établissement. Uniques à chaque consultation, ils servent :

- à renseigner les données d'identification des patients
- à renseigner les données de prises en charge au regard des couvertures sociales
- à récolter les codifications médicales et paramédicales afin de permettre la facturation (à l'assurance maladie obligatoire (AMO), à un régime complémentaire, un tiers...etc..).

2. L'admission pour consultations dans un service d'urgences

On différencie les venues dites « programmées » aux venues dans un service d'urgences, pour lesquelles aucun rendez-vous n'est requis.

La phase de recueil d'informations se fait directement au moment de la venue du patient, à l'accueil des urgences, si ce dernier est en état de pouvoir prouver son identité et donner les éléments de sa couverture sociale (carte Vitale, attestation...). Le dossier administratif est créé à ce moment-là.

Dans le cas contraire, la recherche d'informations se fera à posteriori de son admission aux urgences.

Le dossier administratif doit de toute façon être créé pour pouvoir alimenter la base de données, et suivre le parcours du patient au sein de l'établissement. Comme pour les consultations programmées, ce dossier sert :

- à renseigner les données d'identification des patients
- à renseigner les données de prises en charge au regard des couvertures sociales
- à récolter les codifications médicales et paramédicales afin de permettre la facturation (à l'assurance maladie obligatoire (AMO), à un régime complémentaire, un tiers, etc.).

Même si dans tous les cas un dossier doit être créé dans le système d'information, une mesure dégradée avec un nom fictif (souvent un code composé de lettres et de chiffres) doit être prévue en cas d'impossibilité immédiate d'identification du patient. L'identité du patient pourra alors être renseignée plus tard.

Les points clés à retenir :

- Les ACE correspondent à l'accueil et à la prise en charge de patients en établissement de santé **en dehors d'une hospitalisation**.
- Les ACE peuvent être programmés ou dans un contexte d'urgence.
- Programmés ou en urgence, un dossier administratif est constitué dans tous les cas, et sert à :
 - renseigner les **données d'identification** des patients
 - renseigner les données de **prise en charge** (couverture sociale)
 - récolter les **codifications médicales et paramédicales** nécessaires à la **facturation** (AMO, régime complémentaire, tiers, etc.).



FICHE 2 | Les règles d'admission des patients accueillis en hospitalisations en établissement de santé

CONTEXTE :

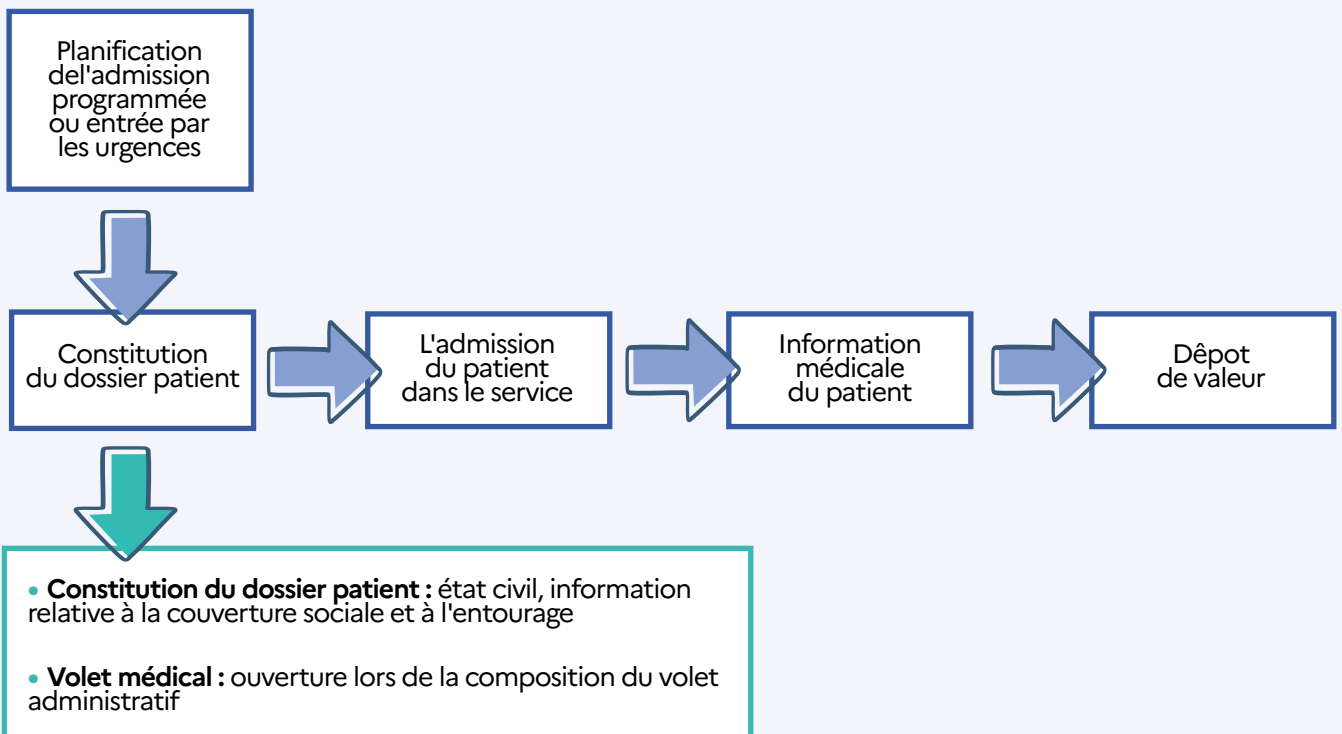
L'accueil de patients pour une hospitalisation fait partie des missions des établissements de santé définies à l'[article L6111-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#).

L'admission du patient est le préalable administratif nécessaire à la prise en charge médicale en établissement de santé dans le cadre d'une hospitalisation, à temps complet ou sous forme d'alternative à l'hospitalisation complète.

La présente partie a vocation à décrire le cadre juridique général de la décision d'admission en hospitalisation ainsi que les étapes de l'admission elle-même.

1. Le cas général

L'admission du patient - les étapes administratives :



La phase d'admission en établissement de santé peut être divisée en 2 étapes :

- La décision d'admission : le principe général d'admission sur certificat médical
- L'admission du patient : qui peut être planifiée ou en urgence, et doit permettre :
 - la constitution du dossier patient
 - l'information du patient
 - le dépôt de valeur.

Pour faciliter l'admission programmée, il est nécessaire qu'elle soit planifiée. À cet effet, le personnel de l'hôpital assure la prise de rendez-vous avec le patient pris en charge, par téléphone ou physiquement lorsque le patient s'est déplacé en établissement.

À cette occasion, doivent être mentionnées au patient :

- les informations d'ordre médical nécessaires à la prise en charge (être à jeun, recueil d'un traitement médicamenteux éventuel...)
- les informations administratives à fournir : justificatif d'identité, justificatif des droits ouverts (AMO/AMC).

Une confirmation écrite du rendez-vous (qu'elle soit papier ou dématérialisée) peut être adressée à l'usager mentionnant l'ensemble des éléments susmentionnés. Éventuellement, un SMS de confirmation peut être envoyé à l'usager quelques jours avant l'épisode de soins.

Une planification bien préparée permet d'optimiser la prise en charge, la sortie et la facturation au patient.

L'admission par les urgences nécessite le recueil des mêmes informations, mais la temporalité peut être différente. En effet, un patient peut ne pas avoir avec lui les documents nécessaires à la constitution de son dossier lors de sa venue au sein du service d'accueil des urgences (SAU).

S'il n'est pas possible à l'entrée des urgences, le recueil des informations se fait parfois au chevet du patient après son admission, quand cela est possible, et particulièrement dans le cas où le patient est admis pour la première fois au sein de l'établissement : il n'existe en effet pas d'historique de son dossier administratif dans le système d'information.

L'organisation de l'accueil administratif de l'établissement doit donc prendre en compte ce paramètre de recueil après l'admission physique du patient.

Quelle que soit la raison de la venue du patient, l'admission doit permettre :

- l'identification fiable du patient pour l'ensemble des soignants qui auront vocation à intervenir dans le parcours de soins
- l'identification des données de facturation (AMO, AMC, aide médicale d'État (AME)...) qui permettront de simplifier le recouvrement par l'établissement des sommes dues.



FOCUS SUR LE DÉPÔT DE VALEURS

Les [articles R1113-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants, prévoient la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies. Ainsi, en application de l'[article R1113-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), une fois le dossier d'admission terminé, le patient doit être invité à :

- effectuer auprès de l'administration (au préposé commis à cet effet, ou au comptable public) le dépôt des sommes d'argent et objets de valeur en sa possession ; l'[article R1113-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) définit les objets de valeur comme étant des sommes d'argent, des titres ou valeurs mobilières, des moyens de règlement (chèquiers, cartes bancaires de paiement...) ou objets de valeur (bijoux, montre...). Les autres objets comme des vêtements, téléphones portables, ordinateurs, clés, dispositifs médicaux, etc., ne sont pas considérés comme objets de valeur, et ne peuvent donc pas être déposés en tant que tel auprès de l'administration.
- signer une décharge pour les sommes d'argent ou les objets de valeur qu'il souhaite garder en sa possession durant son hospitalisation.

En application de l'[article R1113-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#), le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés.

L'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets non déposés selon la procédure ci-dessus, sauf si une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il répond.

2. La décision d'admission en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

2.1. Le cadre général : la lettre de liaison du médecin de ville vers l'établissement de santé

L'[article R1112-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) dispose que le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande **d'une lettre de liaison** synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention.

Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues.

Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'[article L1470-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#), ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

Lorsqu'il est fait application de l'[article L3213-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) (admission en psychiatrie), le certificat médical circonstancié tient lieu de lettre de liaison pour l'admission dans l'établissement d'accueil.

2.2 L'admission en urgence

Les [articles R1112-11 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants prévoient l'admission en urgence en établissement public de santé.

Ainsi, si l'état d'un malade ou d'un blessé nécessite des **soins urgents**, le directeur doit prendre toutes les mesures pour que ces soins soient assurés, et notamment prononcer l'admission même en l'absence de toute pièce d'État civil et de tout renseignement sur les débiteurs éventuels ([article R1112-13 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Lorsque l'état du malade requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le directeur doit :

- provoquer les premiers secours
- prendre ensuite l'ensemble des mesures nécessaires pour que le malade soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis ([article R1112-14 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Par ailleurs, l'ensemble des mesures doivent être prises pour que la famille du patient soit prévenue ([article R 1112-15 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Si le patient admis en urgence refuse de rester au sein de l'établissement, il doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ([article R1112-16 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

2.3 Le refus d'admettre le patient

L'[article R1112-12 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que l'admission peut être prononcée par le directeur de l'agence régionale de santé en cas de refus d'admission par l'établissement de santé si deux conditions cumulatives sont remplies :

- le patient remplit les conditions d'admission requises ([article R1112-11 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).
- les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir.

3. La décision d'admission en soins médicaux et de réadaptation (SMR)

3.1. L'admission directe

Les admissions directes depuis le lieu de vie, sans passage par le court séjour, apparaissent de deux ordres, **sur orientation et prescription** du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste de ville :

- en situation de crise (notamment pour un patient déjà engagé dans une démarche de soins), elles peuvent parfois être bénéfiques pour le patient car elles permettent d'éviter les transferts : l'accueil en urgence, les hospitalisations, sont souvent traumatisants et facteurs de perte d'autonomie pour une personne fragile
- en réponse à un besoin d'expertise, de bilans, ou de suivi d'un patient au long cours.

Il convient de toujours s'assurer qu'une évaluation des besoins a été faite en amont. L'admission directe en SMR répond aux critères suivants : le diagnostic d'orientation est posé, les besoins de prise en charge sont conjointement identifiés par l'équipe de SMR et le médecin adresseur et l'état médical du patient est compatible avec les possibilités du SMR. Au même titre qu'une admission en aval d'une prise en charge en court séjour, l'admission directe en structure de SMR fait également l'objet d'une fiche de pré-admission et/ou d'échanges formalisés entre professionnels.

3.2. Le transfert en soins médicaux et de réadaptation

S'agissant des transferts en soins médicaux et de réadaptation, l'information au contrôle médical de la caisse gestionnaire du malade n'est plus nécessaire. L'imprimé référencé SP 30 (ou S34.13) « Information médicale d'admission » ne doit être plus transmis au service de soins.

4. La décision d'admission en hospitalisation à domicile (HAD)

Seul un médecin hospitalier ou un médecin traitant peut orienter une personne en hospitalisation à domicile (HAD). L'accord du médecin traitant est nécessaire et donc toujours sollicité, car il prend, pendant le séjour en HAD, la responsabilité médicale des soins, conjointement, le cas échéant, avec des confrères spécialistes. Il est (ou le médecin désigné par le patient) le référent médical pendant le séjour. L'hospitalisation à domicile demande également l'accord du patient et/ou de sa famille.

Avant toute admission en HAD, une évaluation de la situation est réalisée par l'équipe de coordination de l'HAD, qui se rend toujours au domicile pour confirmer la faisabilité de la prise en charge et fixer les conditions matérielles et les compétences requises par le projet de soins de la personne. Le matériel et les fournitures nécessaires sont livrés au domicile par l'établissement d'HAD ou par un prestataire extérieur auquel il fait appel ; les matériels nécessitent parfois un réaménagement provisoire des lieux, par exemple en cas d'installation d'un lit médicalisé.

Les résidents des établissements sociaux ou médicaux sociaux avec hébergement mentionnés au I de [l'article L312-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) (notamment EHPAD) ainsi que dans les structures expérimentales avec hébergement relevant de [l'article L162-31 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) peuvent être admis en HAD.

5. La décision d'admission en psychiatrie

Trois modes d'admission de patients en psychiatrie sont prévus par les textes :

- l'hospitalisation libre
- l'hospitalisation sur demande d'un tiers
- l'hospitalisation sur décision du représentant de l'État.

Il existe également des dispositions spécifiques d'admission en ce qui concerne les personnes détenues, qui sont précisées au sein de la fiche relative auxdits détenus.

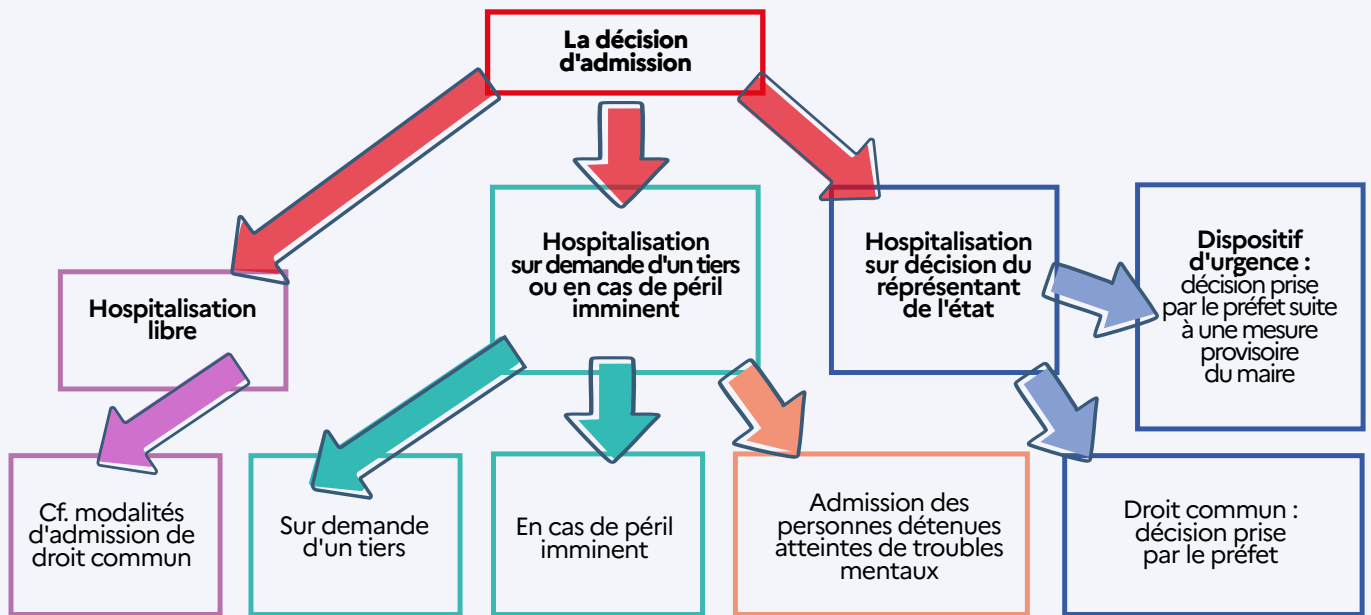
Ces trois modes d'admission sont en partie dérogatoires au droit commun, de manière plus ou moins large selon le mode d'admission. Au regard de l'ampleur que peuvent revêtir ces dérogations, l'admission d'un patient en psychiatrie est conditionnée à des critères préalables très stricts qui diffèrent selon le mode d'entrée.

En matière de soins psychiatriques, en application de [l'article L3211-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), deux principes sont applicables :

- le principe de l'hospitalisation en psychiatrie est celui du consentement, du patient ou de son représentant légal, préalable obligatoire à l'admission en soins psychiatriques. Une exception prévue concernant les hospitalisations sur demande d'un tiers et d'office, qui sont encadrées par des conditions strictes
- le droit de consulter un praticien ou s'adresser à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

En tout état de cause, toute personne hospitalisée dans un service de psychiatrie, quel que soit son mode d'admission, libre, sur demande d'un tiers ou d'office, bénéficie des droits prévus aux [articles L1111-11 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants du code de la santé publique, relatifs à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté.

La décision d'admission en établissement de santé psychiatrique :



5.1. L'hospitalisation libre (HL)

L'[article L3211-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que la « *personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres* ».

Dans la mesure où l'admission se fait **avec le consentement du patient**, l'article prévoit qu'il bénéficie des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que des patients soignés pour d'autres causes.

L'hospitalisation libre est privilégiée par rapport aux hospitalisations sans consentement. L'article précité prévoit à ce titre que : « *cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet* ».

Dans ce cadre, l'admission ainsi que la sortie du patient ont lieu dans les mêmes conditions qu'une admission normale (cf. le point 1 de cette présente fiche : **Le cas général** page 8).

5.2. Les soins psychiatriques sans consentement

5.2.1 Les dispositions communes

La prise en charge des patients en hospitalisation sans consentement recouvre :

- les patients pris en charge en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)
- les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
- les patients hospitalisés en application de l'[article 706-135 - Code de procédure pénale - Légifrance](#) : les éléments relatifs à cette prise en charge sont traités dans la fiche relative aux détenus.

Il existe un certain nombre de dispositions applicables aux patients pris en charge sans consentement. Ces dispositions sont prévues aux [articles L3211-2-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants. Ils peuvent être pris en charge :

- en hospitalisation complète dans un établissement de santé
- en alternative à l'hospitalisation, incluant les soins ambulatoires et pouvant comporter des soins à domicile. Un programme de soins est alors établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Quel que soit le mode de prise en charge, dès lors que l'hospitalisation est sans consentement, elle fait l'objet d'une **période d'observation et de soins** initiale, sous la forme d'hospitalisation complète (HC). Deux étapes sont prévues par les textes :

- **dans les 24h suivant l'admission** : un médecin réalise un examen somatique complet de la personne, et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.
- **dans les 72h suivant l'admission** : un nouveau certificat médical est établi, dans les mêmes conditions que précédemment (le psychiatre en charge de ce troisième certificat peut être le même qui a rédigé le deuxième certificat). Dès lors que les deux certificats médicaux concluent à la nécessité du maintien en soins psychiatriques., un psychiatre de l'établissement d'accueil propose un avis motivé sur la forme de la prise en charge (HC ou alternative) avant expiration du délai de 72h.

Lorsqu'une personne remplissant les conditions décrites ci-après est prise en charge sans consentement, en urgence, dans un établissement n'exerçant pas cette activité, son transfert est organisé vers un établissement exerçant une telle mission, au plus tard dans les quarante-huit heures.

En application de l'[article L3211-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#), lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatrique sans consentement (HDT ou sur décision du représentant de l'État) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

5.2.2 L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), en cas de péril imminent, en cas d'urgence, et la levée d'HDT

L'hospitalisation sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ne peut être prononcée sur décision du directeur d'établissement que lorsque deux conditions sont remplies :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement
- son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge.

— L'hospitalisation sur demande d'un tiers

Dans le cadre d'une HDT, l'[article L3212-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que le directeur de l'établissement psychiatrique doit s'assurer de :

- l'identité de la personne hospitalisée
- l'identité de la personne demandant les soins.

Par ailleurs, l'[article L3212-11 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que l'ensemble des décisions d'hospitalisation soient inscrites sur un registre détaillant notamment l'état civil, les conditions de l'admission et, le cas échéant, la sortie des patients concernés.

Le directeur s'assure également que l'hospitalisation remplit les conditions suivantes :

- **Les conditions relatives à l'état de santé du patient : l'[article L3212-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit une double condition :**
 - les troubles du patient rendent impossible son consentement
 - son état impose des soins immédiats, assortis :
 - soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète
 - soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une prise en charge différente de l'HC incluant les soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile.
- **Les conditions relatives à la qualité de la personne à l'origine de la demande, le tiers :**
 - L'[article L3212-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) dispose que le tiers, à l'origine de la demande d'hospitalisation, doit avoir la qualité :
 - soit de membre de la famille du patient
 - soit être une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade, antérieures à la demande de soins, et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exception des personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil ;

- soit être le tuteur ou le curateur du patient et remplissant les conditions précitées. Ce dernier devra fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous curatelle ou tutelle en vertu de l'[article L3212-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#).
- L'[article R3212-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit les mentions manuscrites que doit comporter la demande d'admission :
 - la formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques
 - le nom, les prénoms, la profession, l'âge et le domicile du demandeur et du patient
 - le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elle avant la demande des soins
 - la date
 - la signature.
- **Les conditions relatives à la production de certificats circonstanciés :**

L'[article L3212-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que la demande d'HDT doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés, datant de moins de 15 jours, et attestant que les conditions nécessaires à l'hospitalisation sont bien remplies :

 - le 1^{er} certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient. Il doit constater :
 - l'état mental de la personne malade
 - les caractéristiques de sa maladie
 - la nécessité de recevoir des soins.
 - Le 2nd certificat médical peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil : il confirme le 1^{er} certificat établi.

Les deux médecins ne peuvent être ni parents ou alliés : ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni du patient.

— L'hospitalisation en cas de péril imminent

Il est permis de déroger à l'obligation de production de deux certificats médicaux pour admission, prévue au I de l'[article L3212-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#). Le 2^o du II de ce même article prévoit la possibilité d'admettre un patient en HDT sur constatation par certificat médical unique, lorsqu'il n'est pas possible de recueillir la demande de la part d'un membre de la famille, d'une personne justifiant de relations avec le malade ou du curateur ou tuteur, pour deux raisons principales :

- il n'existe pas de tiers connus
- les tiers connus refusent de demander l'HDT.

Une double condition est nécessaire :

- il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues pour l'HDT
- il existe à la date d'admission, un risque de péril imminent pour la santé de la personne.

Le certificat médical unique doit être établi par un médecin qui :

- ne peut exercer dans l'établissement accueillant le patient
- ne peut être parent ou allié jusqu'au quatrième degré inclusivement ni avec le directeur de l'établissement, ni avec la personne malade.

Lorsque l'admission est prononcée, deux certificats médicaux sont également exigibles dans les conditions de l'HDT, par deux médecins distincts.

Le directeur de l'établissement doit informer dans un délai de vingt-quatre heures, sauf difficultés particulières :

- la famille du patient
- le cas échéant la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé
- à défaut toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

— L'hospitalisation en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade

L'[article L3212-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) dispose qu'en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés à l'[article L3211-2-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) (dans les 24h et 72h suivant l'admission) restent nécessaires et sont établis par deux psychiatres distincts.

Ce dispositif est conditionné à une double condition :

- en cas d'urgence
- lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne malade.

■ La levée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

La levée de l'HDT peut être obtenue à la demande d'un membre de la famille du patient (conjoint, ascendants, descendants majeurs), de la personne qui a signé l'admission, du curateur éventuel ou de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Toutefois, si le médecin de l'établissement y est opposé, il en informe le préfet du département qui peut ordonner un sursis provisoire ou, le cas échéant et si les conditions sont remplies, une hospitalisation d'office ([article L3212-9 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

5.3 L'admission sur décision du représentant de l'État

La notion d'hospitalisation d'office a été supprimée par la loi du 5 juillet 2011, et remplacée par la notion d'hospitalisation sur décision du représentant de l'État ([loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge \(1\) - Légifrance](#)).

5.3.1 Le dispositif de droit commun : décision prise directement par le préfet

L'[article L3213-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit les conditions de droit commun qui doivent être remplies pour une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État :

- **relatives à la personne hospitalisée. Elle doit présenter les conditions cumulatives suivantes :**
 - les troubles mentaux nécessitant des soins
 - des troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.
- **Relatives au certificat médical produit : ces troubles sont attestés par un certificat médical circonstancié établi par un médecin ne pouvant exercer dans l'établissement d'accueil.**
- **Relatives à la personne prononçant l'admission :**
 - représentant de l'État dans le département
 - le préfet de police à Paris en vertu de l'[article L3213-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#).
- **Relatives à la nature de l'acte :**
 - la décision d'admission est prononcée par arrêté préfectoral motivé
 - l'arrêté énonce avec précision les circonstances qui ont rendu nécessaire l'admission
 - l'arrêté désigne l'établissement psychiatrique qui assure la prise en charge.

Le directeur de l'établissement accueillant le patient doit transmettre au représentant de l'État sans délai les certificats médicaux mentionnés à l'[article L3211-2-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#).

À noter qu'aux termes de l'[article R1112-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), lorsqu'il est fait application de ce dispositif, le certificat médical circonstancié tient lieu de lettre de liaison pour l'admission dans l'établissement d'accueil.

5.3.2 Le dispositif d'urgence : décision prise par le préfet suite à une mesure provisoire du maire

Un dispositif d'urgence est prévu par l'[article L3213-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) : en cas d'urgence et de danger imminent pour la sûreté des personnes, c'est le maire (les commissaires de police à Paris) qui, au regard du certificat médical, prend les mesures provisoires nécessaires. Il doit en informer le préfet de département dans les 24 heures, qui prononce, s'il s'avère nécessaire, l'arrêté d'hospitalisation d'office dans les mêmes conditions que celles décrites ci-avant.

De la même manière que pour l'HDT, les arrêtés pris pour l'hospitalisation sur décision du représentant de l'État sont inscrits sur un registre détaillant l'état civil et les conditions d'admission et de sortie des patients.

5.4. L'admission des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

L'[article 706-135 - Code de procédure pénale - Légifrance](#) ainsi que l'[article L3213-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) disposent que lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission départementale des soins psychiatriques ainsi que le représentant de l'État dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade.

Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'[article L3213-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) (admission sur décision du représentant de l'État). Toutefois, si la personne concernée fait déjà l'objet d'une mesure de soins psychiatriques en application du même article, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'État, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

À toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'État dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Si l'état de la personne le permet, celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis* dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le représentant de l'État dans le département. Cette information lui est transmise par tout moyen et de manière appropriée à son état.

LES POINTS CLÉS À RETENIR :

- **L'admission** est le préalable administratif à la prise en charge médicale. Elle se divise en deux étapes principales :
 - la décision d'admission, généralement basée sur un certificat médical
 - l'admission du patient, qu'elle soit planifiée ou en urgence.
- **Un refus d'admission** par l'établissement n'est possible que s'il n'y a pas de disponibilité en lits ou si le patient ne remplit pas les conditions.
- **Chaque champ d'activité (MCO, dont HAD – SMR – psychiatrie) a des règles propres en matière d'admission en séjours.**



* L'avis indique si la procédure concerne des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Dans ce cas, la personne est également informée des conditions dans lesquelles il peut être mis fin à la mesure de soins psychiatriques (en application des [articles L3211-12 - Code de la santé publique - Légifrance](#), [article L3211-12-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et [article L3213-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

FICHE 3 | Les règles d'admission d'un mineur dans un établissement de santé

CONTEXTE :

L'admission d'un mineur dans un établissement de santé en France est encadrée par la loi. L'autorisation des parents est la règle, mais des dispositifs existent pour garantir l'accès aux soins du mineur, notamment en cas d'urgence, de nécessité de secret, ou d'éloignement des parents, par dérogation à l'autorisation parentale.

1. La notion d'autorité parentale et de majorité en France

1.1 La majorité

L'âge de la majorité en France est fixé à 18 ans par la [loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité - Légifrance](#). Les exceptions sont les suivantes :

— Émancipation par le mariage : depuis l'[article 144 - Code civil - Légifrance](#) : « *L'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant dix-huit ans révolus* ». Cependant, le procureur de la République peut accorder des dispenses d'âge pour motif grave en application de l'[article 145 - Code civil - Légifrance](#). Dans ce cas, le mineur est émancipé de plein droit par le mariage – [article 413-1 - Code civil - Légifrance](#).

— La mère célibataire mineure : mineure pour elle-même exerçant l'autorité parentale pour son enfant.

— Les mineurs étrangers : application de la majorité française. L'âge de la majorité est de 18 ans.

— Le mineur émancipé sur demande des parents ou du conseil de famille : « *Le mineur peut être émancipé dès l'âge de 16 ans révolus, sauf en cas d'aliénation mentale, sur demande du père et de la mère, de l'un d'eux ou du conseil de famille, le cas échéant, par décision du juge des tutelles* » ([article 413-2 - Code civil - Légifrance](#), [article 413-3 - Code civil - Légifrance](#)).

1.2. L'autorité parentale

L'[article 372 - Code civil - Légifrance](#), issu de la [loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale \(1\) - Légifrance](#) prévoit que les parents exercent en commun l'autorité parentale, quel que soit le statut juridique du couple. Par exception au principe de l'autorité parentale conjointe, le juge des affaires familiales (JAF) peut confier cet exercice à l'un des deux parents dans l'intérêt de l'enfant, en application de l'[article 373-2-1 - Code civil - Légifrance](#).

Autres cas :

- **L'enfant adopté, que l'adoption soit simple ou plénière** : l'adoptant ou les adoptants, selon le cas, exercent l'autorité parentale
- **L'enfant orphelin** : le tuteur exerce l'autorité parentale en application des [articles 373-5 - Code civil - Légifrance](#) et [article 390 - Code civil - Légifrance](#)
- **L'enfant confié à un tiers** : les parents continuent d'exercer l'autorité parentale, mais le tiers accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation en application de l'[article 373-4 - Code civil - Légifrance](#).

2. L'admission du mineur

2.1. Le cadre général d'admission

L'admission d'un mineur (hors situation d'urgence) est prononcée par le directeur de l'établissement, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire, munie d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier. Plusieurs formalités administratives sont à remplir lors de l'admission :

- s'assurer de l'accord des titulaires de l'autorité parentale pour l'hospitalisation : si l'accompagnant n'est pas titulaire de l'autorité parentale, il faut joindre l'un des deux titulaires afin d'en obtenir un accord écrit
- vérifier systématiquement l'identité des accompagnants et le régime d'exercice de l'autorité parentale, lors de l'admission
- recueillir les coordonnées (adresse, téléphone) des deux titulaires de l'autorité parentale.

Si les soins et examens envisagés sont usuels, la demande d'admission est recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

Sauf cas particulier, si les soins envisagés sont non usuels, l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est requis.



FOCUS SUR LES NOTIONS D'ACTE USUEL ET D'ACTE NON USUEL :

Si les notions d'actes usuels et non usuels existent dans le code civil, elles n'ont pas été définies par les textes. La distinction entre les actes usuels et non usuels est parfois difficile à établir.

La distinction entre ces deux catégories d'actes permet au médecin de déterminer s'il est nécessaire pour la réalisation d'un acte d'obtenir le consentement des deux parents, ou si un seul suffit.

Les actes usuels

Ce sont les actes de la vie quotidienne sans gravité : prescription ou geste de soin qui n'expose pas le malade à un danger particulier, tel que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).

Dans ce cadre, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

Les actes non usuels

Ce sont les actes considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale).

Dans ce cadre, les actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

Par ailleurs, en application de l'[article 376 - Code civil - Légifrance](#), les parents ne sont pas en droit de renoncer à l'exercice de l'autorité parentale. Toute délégation d'autorité parentale ne peut avoir lieu que par décision de justice avec ou sans l'accord des parents. Les parents ne peuvent donc pas donner autorisation à un directeur de colonie de vacances, à un proviseur de lycée ou à un éducateur de prendre toutes les décisions relatives à la santé de l'enfant, qui serait illégale.

LES DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER :

<p>Les pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale ou de l'émancipation</p>	<p>Carte d'identité du (ou des) titulaires de l'autorité parentale (une copie de ces documents est à conserver au dossier administratif).</p> <p>Le livret de famille.</p> <p>Les éventuelles décisions de justice de l'accompagnant (ordonnance du juge des enfants, etc.) ou du mineur se disant émancipé (décision du juge des tutelles ou mention du mariage sur un acte d'état civil).</p>
<p>Les pièces justifiant l'ouverture des droits</p>	<p>La carte Vitale de la personne assurant l'enfant (carte Vitale de l'enfant de plus de 16 ans).</p> <p>Toute autre attestation de prise en charge (exemple : aide médicale de l'état).</p> <p>Couverture complémentaire : carte mutuelle, complémentaire santé solidaire (CSS).</p>
<p>La fiche individuelle d'admission : il est recommandé qu'elle soit signée par un titulaire de l'autorité parentale, cette formalité permettant d'attester la demande d'admission.</p>	

**FOCUS SUR LE MINEUR ET SON REFUS D'HOSPITALISATION :**

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. Ils ont cependant le droit de recevoir une information adaptée à leur âge et leur maturité et participer à la décision les concernant.

2.2. L'admission en urgence

En cas d'urgence, toutes mesures utiles sont prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur hospitalisé en urgence soient prévenues.

Si elles ne peuvent pas être jointes, l'intervention chirurgicale peut être réalisée. Il est recommandé de respecter les formalités suivantes :

- l'urgence est constatée et l'intervention décidée par le médecin chef de pôle ou, à défaut, par le praticien ayant la responsabilité temporaire du pôle
- la décision d'opérer est consignée par écrit par le médecin qui pratique l'intervention qui mentionne en outre la « nécessité d'opérer en urgence » et précise la date et l'heure, son nom et sa signature
- le directeur de l'établissement (ou l'administrateur de garde) est informé par le chirurgien de la nécessité de pratiquer l'intervention ; le procureur de la République doit en être informé
- le document est contresigné, dans les meilleurs délais, par le directeur (ou l'administrateur de garde) qui précise sur ce même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale.

Il est recommandé de compléter le dossier d'admission dès que le représentant légal a pu être contacté.

2.3. L'admission en cas de refus des parents

■ Hors cas d'urgence

[L'article R1112-35 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit qu'en cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale.

Toutefois, en application du même article, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du pôle peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

■ En cas d'urgence

En cas d'urgence vitale, si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le directeur doit, sur avis du médecin, saisir le juge des enfants et/ou le procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative.

Cependant l'autorisation du juge ou du procureur n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

2.4. Les situations particulières d'admission

<p>Mineur relevant de la protection judiciaire de la jeunesse</p>	<p>L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier est prononcée respectivement à la demande du directeur de cet établissement ou à celle du gardien (article R1112-34 - Code de la santé publique - Légifrance alinéa 2).</p>
<p>Mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE)</p>	<p>L'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié à ce service par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance (article R1112-34 - Code de la santé publique - Légifrance alinéa 3).</p> <p>Le directeur adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin chef de pôle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation (article R1112-36 - Code de la santé publique - Légifrance).</p>
<p>Admission prononcée en application d'une ordonnance du juge des enfants</p>	<p>Une ordonnance du juge des enfants compétents en matière d'assistance éducative est requise lorsque l'action ou l'abstention des parents met en danger la santé, la sécurité ou la moralité de leur enfant.</p> <p>Enfants maltraités ou refus d'admission d'un enfant en danger : aviser le directeur ou l'administrateur de garde de l'hôpital. Celui-ci saisira, en accord avec le praticien hospitalier, le juge des enfants, le juge aux affaires familiales ou le procureur de la république.</p>

3. L'information médicale et autorisation d'opérer

Pour rappel, l'information médicale est un droit de la personne et constitue une obligation pour tout professionnel de santé dans son domaine de compétence :

- détenteurs du droit à l'information pour le mineur : les titulaires de l'autorité parentale
- contenu de l'information : l'information doit porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, les autres solutions possibles.

Quel que soit l'âge du mineur, le médecin doit lui fournir une information sur son état de santé. Cette information devra être adaptée à l'âge, la maturité et le degré de compréhension du mineur. Le mineur pourra ainsi, le cas échéant, participer aux décisions le concernant.

L'autorisation d'opérer, en application de l'[article R1112-35 - Code de la santé publique - Légifrance](#), est ainsi constituée :

- une autorisation écrite d'opérer est demandée à la personne exerçant l'autorité parentale, aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire
- si, en raison de l'éloignement des détenteurs de l'autorité parentale, ou pour toute autre cause, il est prévisible que cette autorisation ne pourra être obtenue à bref délai, elle sera sollicitée dès l'admission.

Elle portera non seulement sur l'opération elle-même mais également sur les actes liés à cette opération.

De plus :

- Cette autorisation est demandée, que l'hospitalisation soit programmée ou décidée en urgence
- Elle est signée dans le service de soins au moment de l'admission ou au domicile dans le cas d'admission programmée (jointe à la convocation envoyée au domicile)
- En signant cette autorisation, les personnes titulaires de l'autorité parentale autorisent le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale, une anesthésie, des radiographies, des actes invasifs. Il est recommandé que ce document précise que les signataires ont été informés des risques éventuels liés à ces actes.

L'autorisation est signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale.

Elle n'est signée exceptionnellement que par un seul parent :

- lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale
- lorsque l'un des deux ne peut être physiquement présent : dans ce cas, une indication doit être inscrite dans le dossier de l'enfant.

4. La reconnaissance d'un droit au secret au profit du mineur

Il résulte de l'[article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#) que le mineur dispose dans certains cas particuliers d'un droit lui permettant, en accord avec le médecin, de ne pas révéler aux titulaires de l'autorité parentale certains traitements ou certaines interventions concernant sa santé.

Cet article distingue deux hypothèses :

1/ La première hypothèse concerne la situation d'un mineur dont le traitement ou l'intervention en cause apparaissent indispensables pour sauvegarder sa santé et qui souhaite garder le secret sur ce traitement ou cette intervention :

- il n'est pas prévu d'âge minimum pour permettre au mineur de se prévaloir de ce droit de demander le secret
- le médecin n'est pas tenu d'accepter la demande du mineur. Il l'apprécie en opportunité. Si le médecin est disposé à accéder à la demande du mineur, il doit au préalable s'efforcer de convaincre le mineur d'accepter la consultation de ses parents. En cas de maintien du refus de la part du mineur, ce dernier doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

2/ La seconde hypothèse correspond à celle des mineurs « dont les liens de famille sont rompus », qui bénéficient à titre personnel du remboursement en matière d'assurance maladie et maternité, et de la complémentaire santé solidaire (CSS) : dans ce cas, leur seul consentement est requis.



FOCUS SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE RÉALISÉE SUR UNE MINEURE :

Le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant du représentant légal, doit être recueilli.

Si la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner par la personne majeure de son choix (par exemple : un membre de la famille, un proche, un membre d'une association, un professionnel socio-éducatif...).

Dans ce cas, tous les frais afférents à l'intervention sont pris en charge par l'assurance maladie, dans les conditions prévues de l'[article D132-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) à l'[article D132-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Les feuilles de soins et le décompte de remboursement de la sécurité sociale sont aménagés pour préserver la confidentialité vis-à-vis de l'entourage. Il n'est donc pas utile de recourir à un numéro d'inscription au répertoire anonyme (NIR), plus communément appelé « numéro de sécurité sociale ».

5. La sortie du mineur

La personne exerçant l'autorité parentale doit être informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser si le mineur :

- peut quitter seul l'établissement
- doit lui être confié
- peut être confié à une tierce personne, qu'elle aura expressément autorisée.

Dans ces deux derniers cas, des justificatifs doivent être exigés pour permettre la sortie du mineur (pièce d'identité de la personne emmenant l'enfant, extrait du jugement). Il est recommandé de conserver la photocopie de ces documents dans le dossier du malade. Ces formalités s'appliquent également aux permissions accordées au cours d'un séjour hospitalier. Il est précisé que le mineur ne peut dans ce cas sortir seul.

LES POINTS CLÉS À RETENIR :

- La règle générale d'admission/sortie du mineur en établissement de santé est soumise à l'autorisation des parents.
- Le mineur ne peut refuser son hospitalisation.
- Certaines dispositions permettent l'admission du mineur en établissement de santé par dérogation à l'autorité parentale (décision de justice, tutelle...).
- Certains cas d'admissions peuvent être couverts par le secret, sur appréciation du médecin et en accord avec celui-ci.
- La personne exerçant l'autorité parentale doit être informée de la sortie.



FICHE 4 | Admission d'une personne gardée à vue en établissement de santé

CONTEXTE :

La garde à vue peut être définie comme « une mesure de privation de liberté prise par un officier de police judiciaire pour maintenir à la disposition des enquêteurs le suspect d'un crime ou d'un délit. Cette mesure doit constituer l'unique moyen de parvenir à certains objectifs comme empêcher que la personne ne modifie les preuves, ne fuie ou ne consulte ses complices » ([Garde à vue | Service Public](#)).

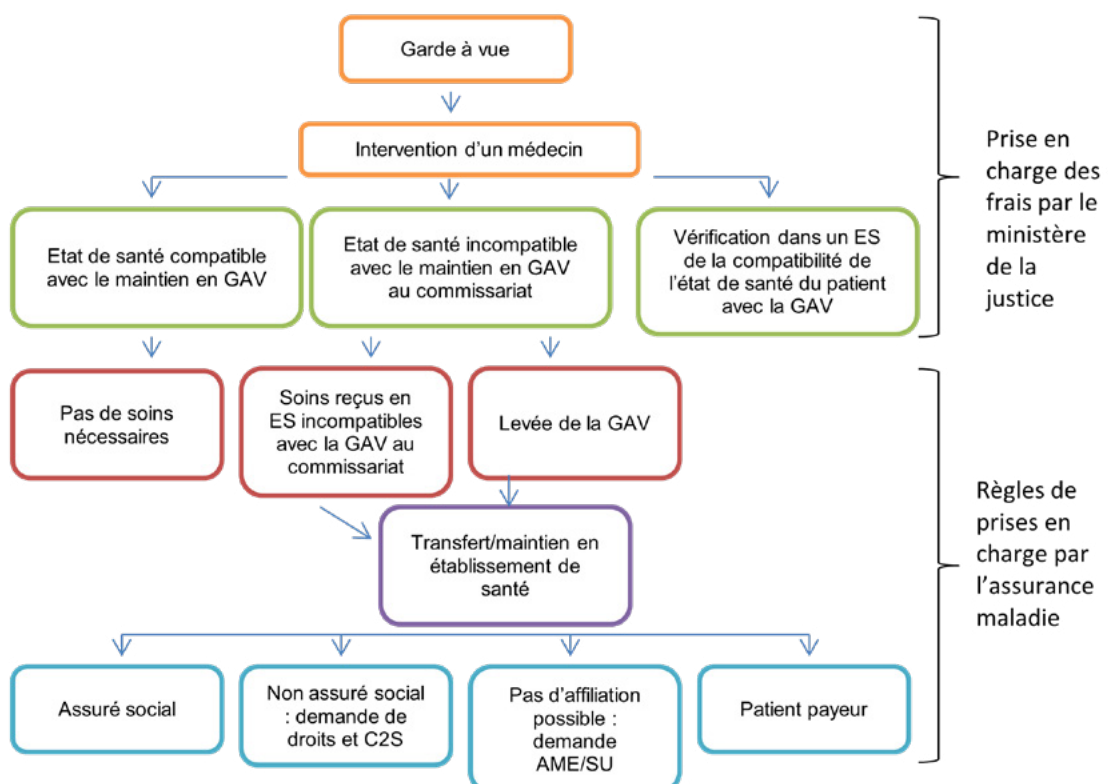
Cette mesure est encadrée par la loi, notamment dans les dispositions d'accès aux soins.

1. La garde à vue et les soins

Lors de la notification des droits à la personne gardée à vue, il doit lui être mentionné le droit à être examinée par un médecin, en application de l'[article 63-3 - Code de procédure pénale - Légifrance](#). Si la personne souhaite être examinée, différents cas de figure peuvent se présenter :

- l'état de santé est compatible avec la garde à vue
- l'état de santé est incompatible avec la garde à vue
- la compatibilité de l'état de santé du patient avec la garde à vue doit être vérifiée dans un établissement de santé.

Des modalités de facturation différentes s'appliqueront selon le cas de figure, le financement provenant alternativement du ministère de la justice ou de l'Assurance maladie.



La durée légale de garde à vue est de 24 heures. Elle peut être prolongée de 24 heures sur autorisation écrite et motivée du procureur de la République et après présentation du gardé à vue devant celui-ci, lorsque la peine encourue est d'au moins un an. Dans certains cas la garde à vue peut excéder 48H sur décision du juge des libertés et de la détention (JLD) ou du juge d'instruction. Elle peut alors être prolongée à 72H, et en cas de risque terroriste jusqu'à 96H ou 144H.

En application de l'[article 63-3 - Code de procédure pénale - Légifrance](#), la personne gardée à vue a droit à un ou plusieurs examens médicaux à sa demande ou, à défaut, sur demande d'un membre de sa famille, ou si nécessaire et à tout moment, sur instruction du procureur de la République ou sur initiative de l'officier de police judiciaire.

Le médecin qui examine la personne gardée à vue se prononce sur son aptitude au maintien en garde à vue en rédigeant un certificat médical versé au dossier.

Afin de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé physique et mental de la personne, avec la mesure de garde à vue, la personne gardée à vue peut être transférée à l'hôpital :

- pour être examinée dans une structure médico-judiciaire
- à la demande du médecin, s'il souhaite des examens complémentaires
- lorsque la compatibilité est prononcée mais que le médecin juge nécessaire que des soins soient dispensés à la personne : par exemple des soins infirmiers qui ne sont pas incompatibles avec la garde à vue.

Plusieurs cas doivent donc être envisagés.



FOCUS SUR LE CERTIFICAT DE NON-HOSPITALISATION

Les établissements de santé peuvent délivrer des bulletins de non-admission (BNA) ou certificat de non-hospitalisation (CNH), après examen de personnes en état d'ébriété réalisé à la demande des services de Police ou de Gendarmerie.

Le bulletin de non-admission (BNA) délivrée par les urgences est un certificat médical établi dans le but de dégager la responsabilité des services de Police ou de Gendarmerie en cas de problèmes médicaux pendant la rétention au cours d'un état d'alcoolisation présumée.

Ces documents ont été institués par les circulaires du 16 juillet 1973 et du 10 octobre 1975 du ministère de la santé publique imposant un examen médical complet à l'hôpital pour tout individu en état d'ivresse manifeste amené par les forces de l'ordre, « *le médecin devant remettre aux autorités un bulletin ou certificat de non-admission.* »

Ces prises en charge ne correspondent pas à un examen médical au sens des missions définies dans le code de la santé publique, mais à un acte constitutif d'une mesure administrative. Les examens réalisés ne doivent faire l'objet d'aucune facturation à l'assurance maladie ou au contrevenant mais donnent en principe lieu à facturation auprès des services de police.

C'est en ce sens que le Conseil d'État s'est prononcé dans l'[arrêt Conseil d'État, 6 / 4 SSR, du 25 octobre 2002, 233551, publié au recueil Lebon - Légifrance](#) : « lorsque l'autorité administrative décide [...] de requérir un médecin aux fins d'examiner l'intéressé, l'intervention du praticien se rattache à la mission de préservation de l'ordre public en vue de laquelle ces dispositions ont été prises. Par suite, le règlement des honoraires du médecin incombe à l'administration » (Conseil d'État, 25 octobre 2002, Conseil national de l'ordre des médecins, n° 233551).

2. La garde à vue est compatible avec l'état de santé

Lorsque le médecin intervient au commissariat ou à la brigade pour vérifier que la garde à vue est compatible avec l'état de santé de la personne gardée à vue, l'intervention est prise en charge par des frais de justice.



L'établissement de santé doit prendre contact avec le parquet pour mettre en place un système de facturation (comme dans le cas de la médecine légale en unité médico-judiciaire (UMJ)) et se mettre d'accord sur les pièces à fournir (récapitulatif des interventions sous format Excel par exemple) et le rythme de facturation (mensuelle par exemple) qui conviendront aux deux parties.

3. L'état de santé de la personne gardée à vue nécessite des examens complémentaires en établissement de santé préalables à l'avis du médecin

Avant de se prononcer sur la compatibilité de la garde à vue avec l'état de santé de la personne gardée à vue, le médecin peut, s'il l'estime nécessaire, solliciter des examens complémentaires. Le transfert s'organise dans ce cas vers une unité médico-judiciaire (UMJ) ou vers le service d'accueil des urgences.

Dans un certain nombre d'établissements de santé, des UMJ ont été mises en place comme un outil à la disposition de la justice, destiné aux procédures judiciaires.

La prise en charge des frais de soins relève du ministère de la justice. Les actes de consultation et les examens complémentaires lui sont donc facturés sur la base d'une réquisition remise lors du transfert du patient. Les tarifs applicables sont ceux fixés par le code de procédure pénale pour l'examen de compatibilité ou les tarifs « sécurité sociale » pour les examens complémentaires. Les mémoires de frais doivent être adressés par l'hôpital à la régie du tribunal et constituent des recettes de titre III, et donc liées à l'activité, pour l'établissement de santé.

4. Le transfert de la personne gardée à vue dans un établissement de santé pour hospitalisation

Lorsque le médecin considère que l'état de santé de la personne gardée à vue nécessite son hospitalisation, le transfert est décidé par le procureur qui peut choisir de poursuivre la garde du patient par les forces de l'ordre.

Pendant la durée légale de la garde à vue, la gestion du dossier administratif du patient relève du droit commun (cf. fiche relative aux *règles d'admission des patients accueillis en hospitalisations en établissement de santé*) :

- si le patient est assuré social, il faut vérifier son ouverture de droits
- s'il n'est pas assuré social mais peut être affilié, il convient de constituer une demande d'affiliation au régime général par la protection maladie universelle (PUMA) s'il remplit les conditions requises
- si le patient est en situation irrégulière, il faut vérifier s'il bénéficie de l'aide médicale d'État (AME), relève des soins urgents (SU), ou établir un dossier (cf. fiche relative aux *modalités de prise en charge des patients venant de l'étranger*)
- lorsqu'aucune couverture sociale ne peut être trouvée, le patient doit régler l'intégralité de ses frais.

À l'issue de la période de garde à vue, si le patient est toujours hospitalisé, deux cas peuvent se présenter :

- soit le patient est relaxé : la gestion du dossier continue de relever du droit commun ;
- soit le patient est détenu :
 - la part obligatoire relève de l'assurance maladie, tout détenu devant être affilié au régime général de sécurité sociale
 - la part complémentaire (ticket modérateur et/ou forfait journalier) est également prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, à compter de la date d'incarcération¹ (cf. fiche relative aux *détenus*).

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Le droit à un examen médical est notifié à la personne gardée à vue. L'examen peut être demandé par la personne, un membre de sa famille, le procureur de la République, ou l'officier de police judiciaire.
- La possibilité de maintien en garde à vue dans les locaux de la police dépend de l'état de santé du gardé à vue.
- La prise en charge financière des soins diffère suivant l'endroit où le gardé à vue est pris en charge médicalement.
- Si l'état de santé nécessite une hospitalisation, la gestion du dossier patient relève du droit commun (les forces de l'ordre peuvent maintenir la garde pendant l'hospitalisation).



1. Voir la note d'information no DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées

FICHE 5 | La sortie d'un établissement de santé → retour à domicile et transfert à la suite d'une hospitalisation

CONTEXTE :

En principe, la sortie du patient intervient à la fin de son séjour et peut être suivie :

- d'un retour à domicile
- d'un transfert.

Deux exceptions à la sortie en fin de séjour existent par ailleurs :

- à titre exceptionnel, des permissions de sortie peuvent être accordées aux patients
- des cas particuliers de sortie : contre avis médical, à l'insu du service et la sortie disciplinaire.

La présente partie présente ainsi les sorties de fin de séjour puis les cas particuliers : les permissions de sortie et les autres cas spécifiques.

1. La sortie en fin de séjour

1.1. La décision de sortie

La sortie est, comme l'admission, prononcée par le directeur de l'hôpital sur avis conforme du praticien hospitalier chef de service ou de son représentant.

Le chef de service peut décider de faire transférer le patient dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure adaptée.

Selon les cas, sur prescription médicale et selon l'état du patient, la sortie peut avoir lieu en taxi, en ambulance, ou en véhicule sanitaire léger (cf. Fiche sur les transports).

1.2. La sortie des malades adultes

La sortie donne lieu à remise, par le service de gestion administrative du patient, de bulletins de situation, après vérification et mise à jour des informations contenues dans le dossier administratif. Ceux-ci sont destinés à l'employeur, aux caisses de sécurité sociale et à l'établissement d'accueil en cas de transfert. Ils indiquent les dates de séjour sans information d'ordre médical.

Avant de quitter l'établissement, le malade doit s'acquitter :

- des frais éventuels lui incombant après prise en charge de sa caisse d'assurance maladie et son organisme complémentaire le cas échéant
- des frais annexes tels que télévision, téléphone, repas, lits d'accompagnant, chambre particulière, etc.

Pour information et sur demande du patient, un « bon de valorisation » faisant apparaître le coût complet du séjour (*hors frais annexes*) peut être délivré.

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil d'administration, à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement les résultats de l'exploitation de ces documents. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs des agences régionales de santé (cf. [article R1112-67 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

En cas de dépôt de valeurs, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter pour effectuer le retrait soit sur place à la régie, soit à la trésorerie de l'établissement (suivant l'organisation et les heures d'ouverture des services de l'établissement et/ou du Trésor Public).

1.3. La sortie des mineurs

En application de l'[article R1112-57 - Code de la santé publique - Légifrance](#), la sortie d'un mineur peut être effectuée par toutes personnes investies de l'autorité parentale ou, sur présentation de pièces justificatives, aux personnes expressément autorisées par elles.

1.4. La sortir du nouveau-né

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable du service, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

2. L'autorisation de sortie ou permission

L'[article R1112-56 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie.

2.1. L'autorisation accordée aux patients adultes

L'autorisation de sortie est prévue par l'[article R1112-56 - Code de la santé publique - Légifrance](#). Elle implique un accord signé du directeur sur avis favorable du médecin chef de service.

Elle ne peut excéder 48 heures à l'issue desquelles le patient retrouve son lit sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle admission. Si le patient n'est pas rentré en temps voulu il est considéré comme sortant (sauf cas de force majeure).

Les journées passées en permission ne sont pas facturables.

2.2. L'autorisation accordée aux patients mineurs

Les mineurs bénéficient de permissions de sortie dans les mêmes conditions que les adultes. Ils sont confiés à leurs parents ou au titulaire de l'autorité parentale de la même façon et en suivant les mêmes règles que pour une sortie normale.

2.3. La permission de sortie en psychiatrie

Les permissions de sortie sont différentes selon que les patients sont hospitalisés avec leur consentement ou non.

■ Les patients hospitalisés avec leur consentement

Ils peuvent bénéficier de « permissions de sortie », d'une durée maximum de 48 heures, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé. Ces permissions sont autorisées par le directeur de l'établissement, sur avis favorable du médecin chef de service.

■ Les patients hospitalisés sans leur consentement

En application de l'[article R 1112-56 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les patients hospitalisés sur demande d'un tiers ou hospitalisés sur décision du représentant de l'État peuvent bénéficier d'autorisation de sortie de courte durée :

- sortie accompagnée n'excédant pas 12 heures
- sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

3. Les cas particuliers de sortie

En application de l'[article R1112-62 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les patients peuvent quitter l'hôpital à tout moment sur leur demande, en dehors des cas d'hospitalisation sous contrainte (cf. partie relative aux règles d'admission des patients accueillis en hospitalisation en établissement de santé). Si leur départ est susceptible de présenter un danger pour leur santé, le médecin chef de service peut donner un avis défavorable à ce départ.

3.1. La sortie contre avis médical

Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Pour le patient mineur, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale. Si la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service en plus de la procédure de décharge saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information de ses parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale, elle ne peut avoir lieu qu'avec une personne majeure, le procureur de la République en étant informé par le médecin responsable.

Si le malade refuse de signer la décharge, un procès-verbal de refus signé par deux témoins doit être établi ; celui-ci tient alors lieu de décharge.

Pour informations complémentaires relatives au mineur, cf. partie « *relative aux règles d'admission d'un mineur dans un établissement de santé* ».

3.2. La sortie à l'insu du service (ou fugue)

Si un malade quitte l'hôpital sans prévenir, il convient, si les recherches entreprises à l'intérieur et aux abords de l'établissement sont restées vaines :

- de constater la « fugue » et, si la situation l'exige, d'informer le commissariat de police
- d'informer la famille sauf pour le mineur opposé à l'information de ses parents (ou du titulaire de l'autorité parentale) sur son hospitalisation
- d'écrire au domicile du malade afin de l'aviser des risques qu'il encourt.

Le malade doit être porté sortant d'office et les modalités de sortie consignées dans le dossier médical.

3.3. La sortie disciplinaire

L'[article R1112-49 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, jusqu'au prononcé de la sortie.

4. Les documents à remettre aux patients

4.1. La lettre de liaison de l'ES vers la ville

Introduite à l'[article R1112-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et définie à l'[article R1112-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants, une lettre de liaison doit être remise au patient lors de sa sortie de l'établissement de santé, et fait ainsi office de compte rendu d'hospitalisation.

La lettre est rédigée par le médecin de l'établissement ayant pris en charge le patient, lui est remise par lui-même ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison doit par ailleurs être transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient (*cf. supra*).

Elle est adressée par messagerie sécurisée, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

- identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- motif d'hospitalisation
- synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multi résistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable
- traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement
- annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison
- suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

4.2. Le dépôt des données de santé sur « mon espace santé »

L'[article L1111-15 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, doit déposer dans le dossier médical partagé à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge [...].

Le dossier médical partagé est intégré à l'espace numérique de santé ([article L1111-13 - Code de la santé publique - Légifrance](#)), et ceci même s'il a été ouvert en amont de cet espace ([article L1111-14 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Les données médicales sont donc consultables depuis l'espace santé numérique de chaque patient, à condition que ce dernier l'ait activé.

4.3. Le document d'information financier

L'article 94 de la loi de modernisation de notre système de santé a rendu obligatoire, pour tout établissement de santé, la délivrance systématique au patient, lors de sa sortie, d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et prestations annexes, avec la répartition des parts assurance maladie obligatoire, organismes complémentaires et reste à charge patient.

Ce document, défini à l'[article L1111-3-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et [article D1112-67-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), doit présenter, d'une part, le montant total de la prise en charge, c'est-à-dire le coût total de sa venue avec l'indication du montant payé par l'assurance-maladie obligatoire et, d'autre part, le montant détaillant le restant à la charge du patient et de sa complémentaire.

Ce document n'a qu'un caractère informatif.

Afin d'éviter tout malentendu dans son interprétation et les éventuelles conséquences contentieuses que cela pourrait engendrer, il est conseillé de mentionner formellement sur ledit document que ce dernier ne constitue en aucune mesure une facture.

Il s'agit donc bien ici d'instituer une nouvelle modalité d'information au patient, devant lui permettre de mieux apprécier le coût de son passage à l'hôpital, dans une visée pédagogique.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La sortie est, tout comme l'admission, une décision administrative prise par le directeur de l'hôpital sur avis conforme du praticien hospitalier chef de service (ou son représentant).
- Un bulletin de situation doit être remis aux patients à leur sortie pour :
 - leur employeur
 - leur caisse de sécurité sociale si besoin
 - l'établissement d'accueil en cas de transfert
- L'établissement doit remettre aux patients à leur sortie une information écrite détaillée du coût global de la prise en charge.
- Les patients peuvent bénéficier de permissions de sortie à titre exceptionnel.



FICHE 6 | La sortie d'un établissement de santé → le décès : formalités, prélèvements et dons du corps

CONTEXTE :

Le décès est un moment important et délicat de la vie, l'accueil des familles endeuillées fait aussi partie des missions des services administratifs des établissements de santé.

Les formalités de sorties sont encadrées par la loi ([article R1112-68 - Code de la santé publique - Légifrance](#) à l'[article R1112-76-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#)), et la gestion administrative doit être précise et éclairée.

Comme le retour domicile ou le transfert, le décès est administrativement un mode de sortie d'hospitalisation.

1. Les formalités lors de la survenue d'un décès

Un certificat de décès ([article L2223-42 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance](#)) doit être établi par un médecin dans les 24 heures après la constatation du décès.

Ce document est transmis au service de gestion administrative des patients qui vérifie :

- l'orthographe des nom et prénom(s)
- la date de naissance
- la présence des tampons, signatures et dates sur le certificat de décès.

Après vérification, le décès est inscrit sur le registre des déclarations de décès (qui peut être dématérialisé).

L'original de la déclaration de décès est remis à la famille ou à une personne habilitée. Cette dernière ou l'établissement dans lequel le patient est décédé, doit déclarer le décès au bureau d'état civil de la mairie du lieu du décès, dans les 24h suivant le décès.

2. Les formalités du transport du corps

Une autorisation de transport de corps est obligatoire, même entre deux sites hospitaliers relevant du même établissement. Cette autorisation, demandée par l'entreprise de pompes funèbres ou la personne en charge des obsèques, est délivrée par le maire de la commune où a eu lieu le décès.

Le transport de corps doit être effectué au moyen de véhicules spécialement aménagés et réservés aux transports mortuaires.

Le transport peut avoir lieu :

- après mise en bière
- sans mise en bière. Dans ce cas, il ne doit pas s'écouler plus de 24 heures entre l'heure du décès et l'heure d'arrivée du corps à destination. Ce délai est porté à 48 heures si le corps a fait l'objet de soins de conservation.

Même si ces conditions sont respectées, le médecin du service dans lequel le patient est décédé peut s'opposer à la sortie dans les cas suivants :

- l'état du corps ne permet pas un tel transport
- le patient est atteint d'une des maladies contagieuses figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel ([Arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales-Légifrance](#)).

3. Les cas particuliers

3.1. La mort inattendue du nourrisson

La « mort inattendue du nourrisson » (MIN) est définie comme le décès subit d'un enfant âgé de 1 mois à 1 an jusqu'alors bien portant, alors que rien dans ses antécédents connus ni dans l'histoire des faits ne pouvait le laisser prévoir. Si les parents ont accepté l'autopsie, la gestion des transports, des examens cliniques, biologiques, anatomopathologiques, etc. est assurée par des centres de référence régionaux, sans participation financière des familles.

Les charges correspondantes sont financées par la dotation nationale de financement des objectifs de santé publique (OSP).

3.2 Les fœtus mort-nés et nouveau-nés décédés

Trois cas doivent être distingués :

- lorsque l'enfant, né vivant, a donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation doit s'effectuer à la charge de la famille (aide possible des communes). Le transport du corps et la mise en bière sont règlementés
- s'agissant des enfants « sans vie » (enfants nés vivants mais non viables, ou mort-nés après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids d'au moins 500 grammes), la famille peut procéder à sa charge à l'inhumation ou à la crémation du corps (la commune pouvant aider financièrement les familles en difficulté). Le transport du corps est règlementé
- s'agissant de fœtus dont le terme est inférieur à 22 semaines d'aménorrhée et le poids inférieur à 500 grammes, si la famille souhaite l'organisation de funérailles, les communes peuvent accompagner cette volonté en autorisant l'inhumation ou la crémation du corps. Sinon, il est procédé à une crémation selon les dispositions applicables aux pièces anatomiques d'origine humaine.

La circulaire interministérielle [Légifrance - droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des foetus](#). précise les règles d'enregistrement des enfants décédés avant la déclaration à l'état civil, des enfants nés sans vie, et des foetus.

3.3. Les décès sans famille

L'établissement de santé doit tenter de retrouver une famille : recherche du lieu de naissance ou d'un acte de naissance, etc. La famille ou, à défaut, les proches, disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée ([article R1112-75 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Parallèlement, l'établissement :

- transmet la déclaration de décès au bureau d'état civil du lieu de résidence du patient décédé
- prévient le procureur de la République, avec copie au greffier du tribunal de grande instance.

En cas de non-réclamation du corps dans le délai des 10 jours, l'établissement dispose de 2 jours francs pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ([article R1112-76 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

En l'absence de ressources suffisantes, c'est la commune qui prend en charge les frais d'obsèques ([article L2223-27 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance](#)).

3.4. Le prélèvement d'organes sur personnes décédées

De manière générale :

Toute personne est présumée avoir consenti au don de ses organes sauf si elle s'inscrit au registre national des refus. Le prélèvement est gratuit et anonyme. La mort du donneur doit être médicalement constatée par 2 médecins. Un entretien avec les proches est organisé par l'équipe médicale. Le médecin qui procède à un prélèvement d'organes sur une personne décédée doit assurer la meilleure restauration possible du corps.

Les prélèvements d'organes sur personnes décédées ne peuvent intervenir que sous certaines conditions ([article L1232-1 - Code de la santé publique - Légifrance et suivants](#)) :

- à des fins thérapeutiques (transplantations)
- à but scientifique (autopsies).
- dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement.
- aucun prélèvement à des fins scientifiques autres que celui ayant pour but de rechercher les causes du décès ne peut être effectué sans le consentement du défunt exprimé directement ou par le témoignage de sa famille.

3.4.1. Le donneur est une personne majeure

Le prélèvement est possible dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement ([article L1232-1 - Code de la santé publique - Légifrance, alinéa 3](#)).

La volonté du défunt peut être directement connue par l'inscription au registre national automatisé des refus de prélèvement. Dans tous les cas et avant tout prélèvement, il est obligatoire d'interroger ce registre.

Dans l'hypothèse où le médecin n'a pas directement connaissance des volontés du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage des proches (il doit être tenu compte notamment de la religion de la personne décédée, certaines d'entre elles n'acceptent pas le prélèvement d'organes).

3.4.2. Le donneur est une personne mineure ou majeure sous tutelle

L'[article L1232-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) précise que pour les mineurs, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'avec l'accord écrit de chacun des titulaires de l'autorité parentale.

Pour les majeurs sous tutelle, l'accord du tuteur par écrit est obligatoire au prélèvement.

Pour les prélèvements liés à la recherche des causes du décès, en dehors du cadre judiciaire, le régime du consentement est par principe identique à celui qui vient d'être décrit. Toutefois, une dérogation au principe d'opposition au prélèvement est permise, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence de tous autres procédés permettant d'obtenir un diagnostic certain sur les causes de la mort.

Il faut enfin préciser que quelle que soit la finalité du prélèvement, l'[article L1232-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#) impose aux médecins de s'assurer de « *la meilleure restauration possible du corps* ».

Les cas particuliers :

- Victime d'un accident de travail ou maladie professionnelle : le prélèvement n'est possible qu'avec l'accord du contrôle médical de la caisse de sécurité sociale et de la famille. Il faut alors en informer le procureur de la République du tribunal d'instance ;
- Prélèvements liés à la recherche des causes du décès, dans le cadre judiciaire :
 - Victimes d'un accident de la voie publique : le prélèvement peut être effectué mais il faut en référer au procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de l'accident
 - Victimes de crime, suicide ou mort suspecte : le prélèvement ne peut avoir lieu qu'avec l'autorisation expresse du procureur de la République du tribunal de grande instance.

Dans tous les cas, il faut en informer le directeur ou l'administrateur de garde, chargé d'interroger le registre national automatisé des refus, par un document écrit.

4. Les dons du corps à la science

Toutes les personnes majeures, qui ne sont pas sous tutelle, peuvent donner leur corps à la science. La famille n'a aucun droit de regard sur cette démarche.

Le donateur doit en formuler personnellement la demande de son vivant, par une déclaration manuscrite sur papier libre, datée et signée. Le don ne peut être effectué qu'au bénéfice d'un établissement de santé, de formation ou de recherche titulaire d'une autorisation délivrée par les ministres de tutelle de cet établissement ([article 13 - loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique \(1\) - Légifrance](#)).

À réception du formulaire, une carte de donateur est envoyée, le donateur devant la signer et la porter sur lui en permanence.

In fine, l'acceptation du don de corps est effectuée par l'établissement donataire. À tout moment, une personne ayant souhaité donner son corps peut revenir sur sa décision.

L'[article R1261-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) à [article R1261-33 - Code de la santé publique - Légifrance](#) précisent, entre autres que :

- la déclaration de décès est celle appliquée habituellement
- le service de gestion administrative des patients devra conserver la photocopie de la carte de donateur (traçabilité)
- l'établissement destinataire doit être avisé du décès
- il ne doit pas s'écouler plus de 24 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement destinataire. Ce délai est porté à 48 heures si l'établissement où se produit le décès dispose d'équipements permettant la conservation des corps.

- le corps ne sera transporté qu'après vérification de l'extrait de certificat médical prouvant que le décès est exempt de tous problèmes médico-légaux (maladies contagieuses ou homicides par exemple)
- les frais d'inhumation ou de crémation sont à la charge de l'établissement destinataire.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- **Un certificat de décès doit être remis rapidement à la famille pour que cette dernière puisse engager les démarches administratives sans délai.**
- **Le don d'organe est possible par défaut. Les personnes s'y opposant doivent le signaler sur le registre national des refus.**
- **Nul ne peut s'opposer à un don du corps à la science si telle est la volonté de la personne décédée.**



FICHE 7

Les débiteurs → les patients et tiers

CONTEXTE :

Outre les données d'identification du patient (nom de naissance, prénom, date de naissance...) les services administratifs des établissements de santé doivent recueillir les données de prises en charge financières des soins prodigués. On appelle ces données les « débiteurs » (c'est-à-dire « celui à qui les soins sont facturés »).

Les débiteurs peuvent être de différente nature selon la couverture sociale du patient. Ils peuvent ainsi être des organismes publics (les régimes obligatoires d'assurance maladie, l'aide sociale), des organismes privés (organismes complémentaires), des États tiers (lorsque la prise en charge est assurée par une convention) ou encore une personne privée, le patient ou ses obligés alimentaires par exemple.

Par « débiteur », il faut entendre la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle le titre est émis. En matière de titres de recettes hospitaliers, il peut s'agir :

- des régimes obligatoires de sécurité sociale (dite part AMC - Assurance Maladie Complémentaire)
- de l'aide de l'État, lorsque le patient bénéficie de l'aide médicale d'État (AME)
- des organismes complémentaires (dite par AMC - Assurance Maladie Complémentaire)
- du malade lui-même
- de ses ayants cause, tenus au paiement
- d'assurances privées...

La détermination du débiteur doit être préparée dès le premier contact avec le patient, lors de la prise de rendez-vous. À cette fin, il est demandé au patient de venir lors de son admission en établissement de santé (qu'elle soit en consultation programmée ou non, ou en hospitalisation, quelle que soit sa forme), avec l'ensemble des éléments permettant de justifier de sa prise en charge.

La détermination du débiteur et le recueil d'informations précises et vérifiées constituent les premières étapes du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers (cf. en ce sens les fiches "*Les règles d'admission des patients accueillis dans le cadre des actes et consultations externes en établissement de santé*" et "*Les règles d'admission des patients accueillis en hospitalisation en établissement de santé*").

1. Le débiteur est le patient

1.1 La détermination du débiteur lorsqu'il est le patient.

Par « débiteur », il faut entendre la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle le titre est émis. En matière de titres de recettes hospitaliers, il peut s'agir du malade lui-même ou de ses ayants-cause tenus au paiement, soit en vertu des principes de droit commun (parents, héritiers...), soit en vertu des règlements ou de conventions.

Important : il est rappelé que l'[article L162-21 - Code de la sécurité sociale - Légifrance alinéa 2](#), permet aux établissements de santé de demander à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. Cette formalité complète utilement la vérification des droits à l'assurance maladie opérée par la lecture de la carte Vitale.

Des compléments peuvent être consultés à l'instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007 ([Microsoft Word - icd07005.doc](#)).

1.2 Le patient lui-même

Principe : lorsque les frais de séjour du patient ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par un dispositif de protection sociale relevant de l'assurance maladie, de l'État ou de tout autre organisme public ou privé ([article R6145-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#)), le patient doit souscrire un engagement de payer et verser une provision au moment de son entrée, sauf dans les cas d'urgence. Il est tenu de verser au moment de son entrée dans l'établissement, une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Le principe vaut pour tous les patients, français ou étrangers, recevant des soins dans un établissement de santé situé en métropole ou dans les départements et collectivités d'Outre-mer.

Les services administratifs des établissements doivent être bien informés des conditions dans lesquelles l'engagement de payer peut être proposé ainsi que sur la rédaction de ce document, dans la mesure où un tel engagement permet, le cas échéant, la mise en cause du redevable domicilié à l'étranger sur le fondement d'un document où il reconnaît sa dette.

Dans les établissements publics de santé, l'engagement de payer émane des services de la direction générale des finances publiques (DGFIP), ces derniers étant chargés du recouvrement des sommes dues au regard de soins prodigués.

Le cas particulier de Mayotte : à Mayotte, les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie de Mayotte ni à un régime d'assurance maladie de métropole ou des départements d'Outre-Mer (DOM) et dont les frais ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par l'État, sont tenues de déposer une provision financière dont le montant est fixé par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé ([article L6416-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

2. Le débiteur est un tiers autre que le patient

Deux catégories de débiteurs, autres que le patient, doivent être envisagées lors de l'admission du patient, dès lors que le patient ne justifie pas d'une prise en charge de ses frais hospitaliers par une caisse d'assurance maladie, l'État ou une autre institution : il s'agit des débiteurs volontaires et des débiteurs désignés par la loi.

Des compléments peuvent utilement être consultés dans l'instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007 ([Microsoft Word - icd07005.doc](#)), pour ce qui concerne les établissements publics de santé.

2.1. Le débiteur volontaire du patient

Dans l'hypothèse où des tiers, personnes privées, ont pris l'engagement de régler les frais du patient, dans le cadre d'une hospitalisation, l'établissement peut les mettre en cause dans le respect des conditions décrites ci-dessous. Il est donc impératif que les services d'admission soient attentifs lors de la production des documents formalisant cet engagement.

— Les signataires d'un engagement de payer

L'établissement doit, sur le fondement de l'[article R6145-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#), faire souscrire un engagement d'acquitter les frais de toute nature à la famille ou à un tiers responsable dans l'hypothèse où le patient n'a pas accompli lui-même cette formalité. Cet engagement de payer est fait au moyen d'un acte unilatéral. Il a pour double objectif d'identifier le payeur et de sécuriser le paiement.

L'établissement s'assure ainsi par voie amiable du consentement au paiement des frais.

S'agissant de la forme de l'engagement de payer, il doit respecter les conditions prévues à l'[article 1376 - Code civil - Légifrance](#) et comporter la mention manuscrite de la somme prévisionnelle pour laquelle il s'engage, en toutes lettres et en chiffres, portée par le signataire de l'engagement.

S'agissant d'engagements indéterminés, il suffit de faire figurer sur le document une mention manuscrite exprimant de façon explicite et non équivoque, la connaissance et l'étendue de l'obligation contractée¹.

Il convient d'être très attentif aux modalités d'établissement de l'engagement que les juges apprécient avec rigueur.

En tout état de cause, le signataire doit être d'une part pleinement informé du tarif pratiqué et, d'autre part, de ce que l'admission en urgence n'est pas subordonnée à l'engagement. Il convient de faire inscrire une mention relative au montant du tarif susceptible d'être facturé en fonction des conditions de prise en charge médicale du patient et du régime choisi, et informer le signataire qu'une admission en urgence n'est pas subordonnée à un tel engagement².

— Les patients étrangers : l'obligation d'assurance des étrangers en situation régulières en France

L'[article L311-1 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance](#) en vigueur depuis le 1 mai 2021 fait figurer, parmi les conditions d'entrée et de séjour en France d'un étranger (sous réserve des conventions internationales), la production de documents relatifs « à l'objet et aux conditions de son séjour et à ses moyens d'existence, à la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'ils pourraient engager en France, ainsi qu'aux garanties de rapatriement ».

Il est recommandé de s'assurer pendant la durée du séjour hospitalier de l'effectivité de cette prise en charge.

1. CASS, Civ. 1^{ère}, 22 févr. 1984 JCP 1985 II 20442 ([Cour de Cassation, Chambre Civile 1, du 22 février 1984, 82-17.077, publié au bulletin - Légifrance](#))

2. CAA de Paris, 21 décembre 1993, Centre hospitalier François QUESNAY n° 92 PA 00342. ([Cour administrative d'appel de Paris, Plénière, du 21 décembre 1993, 92PA00342, publié au recueil Lebon - Légifrance](#))

À noter que l'[article L313-1 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance](#) et l'[article L313-2 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance](#) prévoient, pour l'étranger qui souhaite séjourner en France pour une durée n'excédant pas 3 mois, l'obligation de produire, préalablement à son entrée en France, un justificatif d'hébergement prenant la forme d'une attestation d'accueil signée par la personne qui se propose d'assurer le logement de l'étranger, ou son représentant légal. L'attestation d'accueil est accompagnée de l'engagement de l'hébergeant de prendre en charge les frais de séjour en France de l'étranger au cas où celui-ci n'y pourvoirait pas³.

La juridiction administrative a cependant estimé que la souscription de cet engagement de payer ne porte légalement que sur les possibilités d'hébergement. Il ne peut donc pas servir **de fondement au recouvrement des frais d'hospitalisation à la charge de la personne accueillie**.

- Un centre hospitalier ne saurait dès lors légalement émettre un titre de recettes ou un état exécutoire à l'encontre d'un hébergeant pris en sa qualité de signataire du certificat d'hébergement (TA Châlons-sur-Marne 17/10/96 n° 95-284). Il en va de même a fortiori du signataire d'une attestation d'accueil
- Il convient donc pour les services d'admission d'être particulièrement attentifs en cas de production de ce type de document dont la portée juridique est insuffisante en termes de recouvrement hospitalier.

2.2. Le débiteur désigné par la loi

Le principe : aux termes de l'[article L6145-11 - Code de la santé publique - Légifrance](#), « *les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours s'il y a lieu contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales* ».

Le recours peut être exercé par l'établissement contre :

- les débiteurs alimentaires du patient désignés de l'[article 205 - Code civil - Légifrance](#) à l'[article 207 - Code civil - Légifrance](#)
- les débiteurs de secours désigné à l'[article 212 - Code civil - Légifrance](#)
- le cas échéant, contre les autres débiteurs du patient : les débiteurs d'une obligation d'entretien (les parents au titre de l'[article 203 - Code civil - Légifrance](#)), les débiteurs solidaires du patient en vertu de la loi (la solidarité entre époux pour les dettes du ménage de l'[article 220 - Code civil - Légifrance](#)).

Les services administratifs des établissements doivent donc veiller à recueillir les informations utiles et à engager le plus rapidement possible les actions nécessaires, en particulier à l'encontre des obligés alimentaires pour lesquels s'applique la règle « aliments ne s'arrangent pas » .

3. La règle « *aliments ne s'arrangent pas* » est une règle jurisprudentielle (Cass. Civ.1^{ère}, 5 février 1991). Elle signifie que le recours contre les débiteurs alimentaires doit être exercé dès la naissance du besoin de soin du créancier d'aliments (le patient, c'est-à-dire le débiteur de l'établissement de santé). Cette règle implique que, faute de demande formée au moment de l'admission, le besoin (de soins) du débiteur principal de l'établissement de santé, est supposé ne pas avoir existé. La règle n'est qu'une présomption simple. Elle doit pouvoir être renversée s'il peut être démontré que le créancier d'aliments ou l'établissement était dans l'impossibilité d'agir ou n'avait jamais entendu renoncer à réclamer les aliments (par exemple demande d'aide médicale en cours).

2.3. Les parents de l'enfant mineur

Le paiement des frais relatifs aux soins prodigués à un enfant mineur peut être demandé aux parents de ce dernier en vertu de plusieurs fondements suivants.

L'obligation d'entretien des parents envers les enfants ([article 203 - Code civil - Légifrance](#)).

Ce sont les parents titulaires de l'autorité parentale aux termes des [articles 371-1 - Code civil - Légifrance](#) et [article 371-2 - Code civil - Légifrance](#) qui demandent l'admission, sauf nécessité ou perte de l'autorité, d'un mineur dans un établissement public de santé. L'autorité parentale appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité et sa santé. Ces prérogatives ne peuvent s'exercer sans implication pécuniaire, de sorte qu'il existe une obligation d'entretien prévue par l'[article 203 - Code civil - Légifrance](#), plus large que l'obligation alimentaire, les époux devant nourrir, entretenir et élever leurs enfants.

Cette obligation d'entretien est unilatérale, et est à la charge des seuls parents.

La déchéance éventuelle de l'autorité parentale n'affranchit pas les parents de leur obligation d'entretien. Ils sont tenus, dans tous les cas, solidairement à cette obligation. Ils peuvent être mis en cause individuellement et chacun d'entre eux dispose d'un recours contre le coobligé pour les sommes excédant sa part contributive compte tenu de leurs facultés respectives (CASS, civ. 2^{ème}, 28 avril 1980 bull. civ. n° 90).

Ainsi, en cas de divorce, le parent gardien titulaire de l'autorité parentale, est généralement à mettre en cause. Cependant, si le montant de la créance est disproportionné compte tenu des ressources et du patrimoine du parent gardien et ne permet pas d'aboutir au recouvrement, l'autre parent doit être actionné. Dans tous les cas, l'établissement peut donc émettre un titre à l'encontre de l'un des deux parents.

2.4. La solidarité entre époux

Aux termes de l'[article 220 - Code civil - Légifrance](#) « *chacun des époux à pouvoir pour passer seul les contrats qui ont pour objet l'entretien du ménage ou l'éducation des enfants. Toute dette ainsi contractée par l'un oblige l'autre solidairement* ».

Pour la jurisprudence civile, ce même article s'applique à toute dette même ne résultant pas d'un contrat concernant l'entretien du ménage ou l'éducation des enfants (Cass. Civ 1^{er} 7/6/89D 1990 p. 21). La Cour de cassation a utilisé ce fondement pour une dette d'un époux pour assurer à l'un des enfants des soins ou un séjour hospitalier, précisant qu'elle oblige solidairement l'autre époux (Cass. Civ 2^{ème} 10/7/96 TP CHU Lille c/ CAF et Mme Z. n°912 P+B).

De la même manière, sans qu'il y ait de décision de la Haute Cour sur ce point, cette obligation solidaire doit pouvoir être transposée au paiement des sommes dues à un établissement public de santé en raison de l'un des époux.

Cette obligation subsiste :

- en cas de séparation de corps qui ne fait que relâcher le lien conjugal, mais laisse subsister entre les conjoints un devoir d'assistance mutuelle
- en cas de divorce pour rupture de la vie commune, ([article 233 - Code civil - Légifrance](#) et [article 1123 - Code de procédure civile - Légifrance](#)). L'obligation reste à la charge du seul époux demandeur du divorce en cas de situation de besoin de son ex-conjoint. Il convient également de préciser que le juge civil a admis la mise en cause prioritaire du conjoint. En effet, l'obligation de secours et d'assistance est en principe plus étendue que l'obligation alimentaire, en ce sens que l'article 208 du code civil qui proportionne notamment celle-ci à la fortune du débiteur ne concerne pas les obligations entre époux.

Toutefois, elle n'est pas illimitée dans son étendue. Elle reste proportionnée aux facultés et à l'état du conjoint débiteur qui peut toujours s'opposer à ce qu'il soit donné une extension sans proportion avec les moyens du ménage.

2.5. Les obligés alimentaires

Lorsque le patient payant est dans le besoin, l'établissement dispose d'une action directe prévue par l'[article L6145-11 - Code de la santé publique - Légifrance](#) à l'encontre de ses obligés alimentaires. La créance devient alimentaire, les obligés étant tenus à des aliments envers leurs parents dans le besoin.

Conditions	Portée	Texte
Détermination des débiteurs d'aliments	Personnes désignées par les articles 205 (enfants/parents), 206 (gendres - belles filles / beaux-parents)	Articles 205, 206 et 207 du code civil
	Cas des personnes : - liées par un pacte civil de solidarité - en concubinage.	Article 515-4 du Code civil.(Cour de cassation, 1 ^{ère} chambre civile, 11 janvier 1984).
Procédure	Il appartient aux établissements publics de santé d'exercer l'action directe devant le juge aux affaires familiales. Cette action est donc de la seule compétence de l'ordonnateur. Le ministère d'un avocat n'est pas obligatoire.	Article L6145-11 - Code de la santé publique - Légifrance

À noter que lorsque le décès du patient est intervenu sans qu'une mise en cause des obligés alimentaires ait été réalisée, le règlement de la créance doit être demandé à la succession. Le recouvrement doit être poursuivi à l'encontre de cette dernière au moyen d'un titre de recettes pour ordre émis à son nom, sans prise en charge budgétaire et comptable.



FOCUS DU L'ENGAGEMENT DE PAYER

Pour éviter la multiplication des recours, et s'il existe un accord avec les obligés alimentaires, l'établissement peut leur faire signer un engagement de payer, sur le fondement de l'[article R6145-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#), et sous la forme décrite à l'[article 1376 - Code civil - Légifrance](#). Cet engagement ne peut pas dépasser la part contributive de chacun des obligés alimentaires, fixée par l'accord précité. Il doit tenir compte des facultés respectives des débiteurs.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- On entend par **débiteur** la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle le titre de recette hospitalier ou la facture est émis, c'est-à-dire « celui à qui les soins sont facturés »
- On entend par une personne physique ou morale le patient lui-même, un débiteur désigné par la loi, ou un débiteur dit « volontaire » du patient.
- La détermination du débiteur et le recueil d'informations précises sont la première étape cruciale du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers
- **Principe de l'engagement de payer** : si les frais du patient ne sont pas couverts par un dispositif de protection sociale (assurance maladie, État, organisme privé, etc.), le patient (français ou étranger) doit souscrire un engagement de payer et verser une provision renouvelable à son entrée, sauf en cas d'urgence ([article R6145-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).
- Les établissements de santé peuvent exercer un **recours direct** contre les obligés alimentaires, les parents d'enfants mineurs, les époux/conjoints.



FICHE 8 | Les débiteurs → organismes relevant de l'assurance maladie obligatoire (AMO)

CONTEXTE :

Comme pour les débiteurs patients, le recueil des droits assurance maladie auprès des patients est une étape primordiale à la bonne constitution du dossier administratif. La carte Vitale (à jour) ou l'attestation de prise en charge sociale permet de récupérer le NIR (ou « numéro de sécurité sociale » inclus dans les références INS) et de déterminer les droits et le taux de prise en charge par l'Assurance maladie de l'assuré social.

Ces informations doivent être vérifiées, complétées et actualisées lors des différentes venues du consultant.

Pour déterminer les droits ouverts auprès des régimes généraux d'assurance maladie, les établissements de santé ont également recours au **service de consultation des droits intégrés – CDRi, mis à disposition par l'assurance maladie.**

FOCUS SUR CDRI

La Consultation des DRoits intégrée (CDRi) est l'une des composantes du programme SIMPHONIE.

Son utilisation permet l'accès systématique des équipes administratives des hôpitaux aux données sur les droits ouverts aux patients par l'assurance maladie obligatoire, grâce à une interface spécifique intégrée aux logiciels de facturation.

L'enjeu de CDRi est double :

- il vise à simplifier le travail des agents administratifs des caisses et des établissements de santé, en faisant gagner du temps sur la récupération des droits des patients puisqu'ils sont directement intégrés dans le système d'information depuis la plateforme.
- grâce à l'accès systématique à des données à jour, il réduit le risque d'erreur et renforce ainsi la fiabilité des factures adressées à l'assurance maladie obligatoire (donc aussi aux patients lorsque ceux-ci ont un reste à charge). Le taux de rejet de ces factures diminuant, les délais de paiement des montants dus aux établissements s'en trouve réduit.

1. Les définitions

— La notion de « régime »

La sécurité sociale est constituée de différents régimes légaux (dits aussi régime de base), de nature professionnelle (exemple : régime agricole) ou catégorielle (régime des salariés, régime des commerçants).

Il existe 3 régimes :

- le régime général : prend en charge la majorité de la population, comme les travailleurs salariés ou indépendants (depuis le 1^{er} janvier 2018) ainsi que toute personne bénéficiant du droit au titre de la résidence (protection universelle maladie)
- le régime agricole : prend en charge les exploitants et salariés agricoles et leurs ayants droits.
- les régimes « spéciaux » : les marins, la SNCF, le mines, la RATP, EDF-GDF, l'Assemblée nationale, le Sénat, les clercs et employés de notaires.

— La notion de « branche »

Chaque régime de sécurité sociale est organisé en branches séparées et autonomes gérées par une caisse nationale, excepté pour le régime agricole pour lequel l'ensemble des branches est géré par la caisse centrale de la MSA (Mutuelle Sociale Agricole).

— Les régimes sont organisés en 6 branches :

- **la branche « famille »** : gère les prestations familiales et développe la solidarité dans 4 domaines particuliers → l'accompagnement des familles dans leur vie quotidienne, l'accueil du jeune enfant, l'accès au logement, la lutte contre la précarité ou le handicap. La branche famille est gérée par la CNAF (Caisse nationale d'allocations familiales) pour le régime général, et la branche agricole par la MSA.
- **la branche « retraite »** : verse les pensions aux retraités de l'industrie, des services et du commerce. Présente dès leur premier emploi, elle suit les salariés tout au long de leur carrière et les aide à préparer leur retraite. La branche retraite est gérée par la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) et la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) pour le régime général, et par la MSA pour le régime agricole.
- **la branche « maladie »** : assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins, et recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès. La branche maladie est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et ses réseaux (CPAM, Caisse Générale de Sécurité Sociale - CGSS pour les DOM, Direction Régionale du Service Médicale - DRSM, Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail - CARSAT et Union pour la Gestion des Établissements des Caisses de l'Assurance Maladie - UGECAM, Caisse Régionale de l'Assurance Maladie Île de France - CRAMIF) pour le régime général, et par la MSA pour le régime agricole.

- **la branche « accident du travail »** : gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les travailleurs → accidents du travail, accidents de trajets et maladies professionnelles. La branche accident du travail est gérée au niveau national par la CNAM, et au niveau régional par les CPAM, les CARSAT et la CRAMIF, et par la MSA pour le régime agricole.
- **la branche « autonomie »** : gère les dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La branche autonomie est gérée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).
- **la branche « recouvrement »** : collecte les cotisations et contributions sociales pour les redistribuer au bénéfice des autres branches. La branche recouvrement est gérée par l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales - URSSAF caisse nationale (ex ACOSS) et le réseau des URSSAF.

■ La notion de « risque »

Un risque est un événement dont l'arrivée aléatoire est susceptible de causer un dommage aux personnes (ou aux biens). Chaque « branche » de la sécurité sociale recouvre plusieurs risques.

Les risques sociaux correspondent à la survenance d'évènements prenant la forme :

- soit d'une perte de revenus professionnels (exemple : à la suite d'une altération physique de la force de travail)
- soit d'un accroissement de charges (exemple : familiales → naissance, survenue d'un handicap...).

Ainsi la branche « assurance maladie » prend en charge les « risques » suivants :

- la maladie
- la maternité
- l'invalidité
- le décès.

La branche « accidents professionnels » couvre l'ensemble des risques professionnels.

■ La notion d'affiliation et de prestations

L'**affiliation** est l'opération par laquelle un assuré est rattaché à un organisme pour le service des prestations. Sous réserve de remplir un certain nombre de conditions, l'affiliation à un régime de sécurité sociale ouvre droit à certaines prestations, en contrepartie d'obligations (cotisations).

Il s'agit :

- des frais de santé, pris en charge à l'occasion de soins nécessaires à l'assuré et aux membres de sa famille. Ils correspondent par exemple aux :
- frais de médecine générale et spécialisée
- frais de soins et prothèses dentaires
- frais pharmaceutiques et d'appareillage

- frais d'analyses et d'examens de laboratoire
- frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins, etc.

Soit l'assuré est remboursé des frais engagés, soit il bénéficie d'une dispense d'avance des frais (tiers payant).

- Des prestations en espèces :
 - Qui sont versées lorsque la maladie, la grossesse, l'accident du travail obligent l'assuré(e) à interrompre temporairement son travail et qui prennent la forme d'un revenu de substitution (indemnités journalières...)
 - Ou qui forment un revenu de complément (exemple : prestations familiales).

2. Les assurés sociaux et ayants-droit : la protection universelle maladie

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMa) est entrée en application.

Avec cette réforme, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé.

De ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées :

- les salariés (et assimilés) n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte
- les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, micro-entrepreneurs...) ont également droit à la prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle.

Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France. Sont également concernés les demandeurs d'asile pendant l'examen de leur demande d'asile, et justifiant d'une résidence en France.

La protection universelle maladie parachève ainsi la logique initiée par la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999, qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire.

À noter : aucune durée minimale d'immatriculation n'est nécessaire pour l'attribution des prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité. Ce n'est pas le cas pour l'attribution des prestations en espèces.

3. Les différents régimes de sécurité sociale

■ Le régime général

Le régime général constitue le régime de base des salariés (des professions non agricoles) et des travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, micro-entrepreneurs...). Il est le premier des régimes légaux de sécurité sociale.

Il prend en charge les frais de santé au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité à l'ensemble de la population résidant en France qui ne relève pas d'un autre régime (cf. infra).

La nationalité n'est pas une condition pour être affilié à ce régime.

Le régime général est organisé autour des caisses primaires d'assurance maladie (et des caisses générales de sécurité sociale pour les départements d'outre-mer, hors Mayotte), régies par la CNAM.

■ Le régime agricole

Le régime agricole concerne les exploitants agricoles (chefs d'exploitation AMEXA - assurance maladie des exploitants agricoles) et les travailleurs salariés agricoles, et figure à l'[article L721-1 - Code rural et de la pêche maritime - Légifrance](#) et [article L753-2 - Code rural et de la pêche maritime - Légifrance](#).

Le régime agricole est géré par la MSA, laquelle dispose de caisses locales.

■ Le régime local Alsace-Moselle

Contrairement aux régimes décrits supra, le régime local Alsace Moselle (RLAM) constitue non pas un régime de base mais un régime complémentaire obligatoire. Il verse donc un complément de remboursement, en plus de ce que le régime de base de la sécurité sociale prend en charge.

Bénéficiaire de ce régime d'exception les salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle (les fonctionnaires, les professions indépendantes ne font pas partie des bénéficiaires), ainsi que leurs conjoints, concubins, ou personnes avec qui ils sont liés par un PACS.

L'[article L325-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose ainsi que le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés [...], pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré [...]. Dans le cadre d'une hospitalisation, ce régime prend en charge la totalité des frais de séjour ainsi que le ticket modérateur (ou le cas échéant le ticket modérateur forfaitaire) et le forfait journalier. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.

Dans le cadre de prestations externes, le RLAM prend en charge 90 % des honoraires des médecins et des actes des auxiliaires médicaux (au lieu de 70 % et 60 % sans le régime local).

Les transports sont quant à eux pris en charge à 100 % également (au lieu de 65 % sans régime local).

Concernant la prise en charge des médicaments : les vignettes blanches dont le taux de remboursement du régime de base s'élève à 65 % sont remboursées à 90 % avec le régime local et le taux de remboursement des vignettes bleues passe de 30 % à 80 %.

À noter toutefois que la participation de 2 € sur les consultations médicales et les franchises sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires ne sont pas couvertes par le régime, à l'instar de ce qui est demandé aux organismes complémentaires.



FOCUS SUR LES TRAVAILLEURS FRONTALIERS AVEC LE LUXEMBOURG

Les travailleurs frontaliers peuvent bénéficier du régime local à la condition expresse de résider en Moselle ou en Alsace.

Les régimes spéciaux

Les régimes spéciaux sont énumérés à l'[article R711-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Il s'agit notamment :

- des régimes des différentes fonctions publiques : fonctions publiques civile et militaire de l'État, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière (qui sont des régimes spéciaux, même si la gestion est confiée au régime général)
- des régimes de la SNCF, de la RATP, des industries électriques et gazières, de la Banque de France, des clercs de notaire...

4. La complémentaire santé solidaire (ou C2S)

L'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit en la couverture santé solidaire, une couverture complémentaire financée par l'État, destinée aux personnes disposant de ressources modestes, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé.

Similaire à une mutuelle, la C2S est attribuée soit gratuitement, soit en contrepartie d'une cotisation minimale (1 € par jour et par personne maximum).

Elle garantit un accès optimal à un large panel de soins, sans reste-à-charge.

— La garantie et les prestations prises en charges

La C2S donne droit à :

- l'exonération d'avance de frais auprès des médecins, établissements de santé, pharmacies, etc.
- l'exonération du paiement de la participation forfaitaire de 2 €, ou de la franchise médicale de 1 € sur l'achat de médicaments.
- la prise en charge de l'optique, du dentaire, des prothèses auditives selon l'offre 100 % santé ([100 % santé : des soins pour tous, 100 % pris en charge - ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles](#)).
- une couverture valable pendant 1 an, renouvelable.



Conditions d'accès

Deux conditions sont à remplir pour avoir accès à la C2S :

- être affilié à la sécurité sociale et être couvert par l'assurance maladie obligatoire
- avoir des ressources inférieures à un plafond qui dépend de la composition du foyer.

Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés pour les bénéficiaires de la C2S.

5. Les procédures de prises en charge

5.1. Principes généraux (dispense d'avance de frais et de demande de prise en charge)

— La dispense d'avance de frais en établissement de santé

L'[article L162-21-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit que l'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie de l'avance des frais d'hospitalisation et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés à l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L162-26-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et à l'[article L174-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Pour ce, l'assuré est dans l'obligation d'attester de son identité et de présenter sa carte Vitale ([article L162-21 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Attention, pour les établissements Ex-OQN, l'[article R161-42 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit que l'ensemble des actes facturables réalisés au cours du séjour doivent figurer sur le bordereau de facturation (S3404). La dispense d'avance de frais s'applique donc bien à ces prestations de soins. En revanche, les actes externes des médecins libéraux en cliniques n'entrent pas dans le cadre des actes et consultations externes (ACE), et sont apparentés à la médecine de ville.

■ La dispense de demande de prise en charge

Au-delà de l'avance des frais, l'[article R174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose par ailleurs que les établissements sont dispensés de présenter une demande de prise en charge (administrative) pour les assurés sociaux qui attestent de leur identité et de l'ouverture de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie grâce à leur carte Vitale en cours de validité.

Certaines prestations nécessitent cependant un accord préalable du contrôle médical pour être prises en charge par l'assurance maladie.

5.2. La procédure

Les établissements doivent impérativement vérifier l'exactitude des informations communiquées par le patient sur l'existence de leurs droits à l'assurance maladie, ou, si le patient est dans l'impossibilité de présenter sa carte Vitale ou une attestation de droits, rechercher s'il bénéficie de droits auprès d'un organisme d'assurance maladie.

L'établissement doit donc obtenir par tous moyens à sa disposition (**carte Vitale, attestation d'ouverture de droits**, etc.), l'assurance que le patient bénéficie d'une couverture maladie avant de constituer le dossier de facturation.

La dispense de demande de prise en charge vaut en principe pour tous les régimes et tous les risques, sauf les accidents du travail et les maladies professionnelles et exceptions rappelées infra.



FOCUS SUR LA PRISE DE CONNAISSANCE DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES SOINS

Il appartient à l'établissement de santé de prendre connaissance de la situation du bénéficiaire des soins à partir des données de la carte Vitale présentée.

La lecture des informations contenues dans la carte Vitale est effectuée conformément aux préconisations publiées par le GIE SESAM Vitale ([cf. www.sesam-vitale.fr](http://www.sesam-vitale.fr)).

L'accès aux informations confidentielles (droits à l'exonération du ticket modérateur) requiert l'utilisation d'une carte de professionnel de santé habilité (CDE / CPE), délivrée par l'Agence nationale des systèmes d'information partagés en santé (ASIP santé).

Il appartient donc à l'établissement de :

- demander la carte Vitale ou, à défaut, l'attestation papier, une attestation de droits à la complémentaire santé solidaire (C2S) ou une attestation d'aide médicale d'État (AME)...
- lire la carte Vitale (dont information médecin traitant à partir de la version Vitale 1ter) et vérifier sa mise à jour (conditionne l'octroi du tiers-payant).

Lorsque la carte Vitale est absente, la situation du bénéficiaire est appréciée :

- à partir de l'attestation de droits fournie par l'Assurance maladie
- par exploitation du service en ligne de consultation des droits réels intégrés (CDRi), ouvert à l'ensemble des établissements.

Ce service permet, en l'absence de carte Vitale, de consulter les droits à l'Assurance Maladie Obligatoire d'un assuré quelle que soit sa caisse d'affiliation. Il est accessible par Internet et nécessite la présence d'une carte professionnelle nominative, CDE, CPS ou CPF.

5.3. Les dispositions particulières

■ Dans quels cas demander une prise en charge ?

Hors cas particulier des patients relevant de la caisse des Français à l'étranger, une demande de prise en charge (administrative et/ou médicale selon les cas) doit être présentée dans les cas suivants :

- affection longue durée (ALD) hors liste ou polyopathologies
- conventions internationales ou patients relevant d'un régime de sécurité sociale coordonné avec un régime français.

■ L'intervention du contrôle médical et la mise sous accord préalable

■ Cas particulier de l'admission en soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en unités de soins de longue durée (USLD)

La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis du service médical de l'Assurance maladie l'admission et la prise en charge par l'Assurance Maladie du séjour d'un patient en hospitalisation de SMR, pour des soins de rééducation couramment pratiqués en ville par des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

De même, l'admission directe dans un service de SMR ou en USLD est, en principe, subordonnée à l'accord de l'organisme d'assurance maladie dont relève le patient, donné après avis du contrôle médical de la caisse d'affiliation ([article R166-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Toutefois, depuis la canicule d'août 2003, des dérogations ont été données par le ministère et les caisses d'assurance maladie pour permettre les entrées directes en service de soins médicaux et de réadaptation sans attendre l'accord préalable de la caisse.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La détermination du débiteur et le juste recueil des droits sont une étape cruciale pour la facturation et le recouvrement des produits hospitaliers (tant en consultation qu'en hospitalisation).
- CDRi est une composante du programme **SIMPHONIE** qui permet aux équipes administratives des établissements de santé d'accéder **systematiquement** aux données actualisées sur les **droits ouverts** des patients par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).
- La demande préalable de prise en charge à l'Assurance maladie, même si elle existe encore pour certains cas, est limitée.



FICHE 9 | La carte Vitale

CONTEXTE :

La carte Vitale est la carte d'assurance maladie électronique utilisée en France. Elle est indispensable pour simplifier les démarches de remboursement de soins.

Elle revêt deux configurations :

- la forme matérialisée : en format « carte de crédit »
- la forme dématérialisée : via une application téléchargeable sur smartphones (AppCV).



1. Définition

L'[article L161-31 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), ainsi que l'[article L161-34 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et suivants, prévoient un moyen d'identification électronique inter régime individuel, délivré à toute personne âgée de 16 ans au moins, bénéficiaire de l'assurance maladie, quel que soit son régime de sécurité sociale. Les enfants d'au moins 12 ans sont éligibles à cette identification également, sur demande de l'autorité parentale.

Aujourd'hui, cette identification est véhiculée par la carte Vitale. Elle ne contient aucun renseignement médical mais comporte toutes les informations administratives nécessaires à la prise en charge des soins. C'est la raison pour laquelle, elle doit être systématiquement présentée par les patients, afin de justifier de droits ouverts à la sécurité sociale. Elle ne peut être lue que par une caisse d'assurance maladie ou un professionnel de santé. Elle n'est pas une carte de paiement.

Elle est :

- personnelle
- confidentielle et sécurisée
- gratuite
- valable partout en France.

La carte Vitale est délivrée avec photo depuis décembre 2007.

2. La carte Vitale matérialisée

2.1. Le contenu de la carte Vitale matérialisée

Certaines informations sont apparentes et d'autres sont uniquement accessibles à partir de lecteurs.

■ Les informations apparentes

- Le numéro de sécurité sociale de l'assuré
- Ses nom et prénom (nom de naissance ou, si la personne en fait la demande, le nom d'usage).
- La photo d'identité pour les cartes délivrées après le 01/12/2007

■ Les informations accessibles à partir du lecteur

- Un lecteur de cartes à puce.
- L'intégration dans le logiciel de gestion administrative des patients et de facturation d'un module logiciel permettant la lecture des données de la carte Vitale.
- L'utilisation d'une carte CPx :
 - soit une carte CPS : Carte de Professionnels de Santé. C'est une carte d'identité professionnelle électronique, délivrée à toute personne exerçant en établissement de soins, et permettant de s'identifier auprès des systèmes d'information de santé. Cette carte est délivrée aux professionnels ayant accès aux données médicales personnelles des patients (médecins, sage-femme, pharmacien, infirmier...).
 - soit une carte CPE : Carte de Personnel d'Établissement, de la famille des cartes CPS, destinée aux professionnels salariés du secteur de la santé, et exerçant une activité rendant nécessaire l'accès au système d'information de santé (gestionnaires de dossiers administratifs de patients, assistants médico-administratifs...).

La carte CPE doit être demandée par le directeur de l'établissement, qui doit lui-même être titulaire d'une carte de directeur d'établissement (CDE). Cette demande doit être formulée auprès de l'ANS (Agence en Numérique en Santé).

■ Les informations accessibles à partir de lecteurs sont réparties en 5 zones :

- la zone « assuré »
 - le prénom
 - la date de naissance
 - l'indication de la déclaration du médecin traitant
 - le numéro de sécurité sociale (numéro NIR)
 - au moins une adresse postale ou électronique du titulaire

— La zone « bénéficiaire »

- le nombre de bénéficiaires
- le nom des bénéficiaires
- le prénom des bénéficiaires
- la date de naissance des bénéficiaires
- la qualité du bénéficiaire au regard de l'affiliation
- le rang du bénéficiaire.

— Les codes des bénéficiaires sont les suivants :

0 : assuré
 1 : ascendants, descendants, collatéraux ascendants
 2 : conjoint
 3 : conjoint divorcé
 4 : concubin
 5 : conjoint séparé
 6 : enfant
 7 : ce rang n'existe pas en carte.
 8 : conjoint veuf
 9 : autre assuré.

— La zone « régime obligatoire »

Cette zone comporte :

- le code organisme (référence de l'organisme gestionnaire)
- le code gestion (désigne le régime d'activité de l'assuré, comme le régime général, adultes handicapés, artistes auteurs, SNCF ou exploitants assurés obligatoires du régime agricole, par exemple)
- les dates de début et de fin de droits administratifs : si les dates ne sont pas renseignées, cela signifie que les droits ne sont pas ouverts à la date de consultation / hospitalisation. Toutefois, les ouvertures de droits antérieures étant mémorisées dans la carte, il est possible d'effectuer une recherche pour une période différente
- les périodes d'exonération du ticket modérateur : ce champ précise le motif d'exonération, les conditions et les dates d'exonération :
 - 0 : pas d'exonération, régime de droit commun
 - 3 : soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés...)
 - 4 : affection Longue Durée (ALD) liste ou hors liste
 - 5 : pension d'invalidité, pension militaire d'invalidité
 - 6 : réservé SESAM-Vitale
 - 7 : soins de prévention
 - 9 : Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou Fonds spécial d'invalidité (FSI)

le code de la période peut être :

- 1 : exonération unique
- 2 : deuxième droit d'exonération
- 3 : troisième droit d'exonération
- etc...

Si le bénéficiaire n'est exonéré qu'à un seul titre, le code de la période sera toujours égal à 1.

— La zone « régime complémentaire »

Elle est renseignée si la mutuelle a passé une convention avec l'organisme d'affiliation au régime obligatoire. Elle comporte :

- le numéro de contrat
- le nom de l'adhérent
- le prénom de l'adhérent
- les dates d'ouverture de droits
- les garanties prises en charge.
- la zone « carte CPS »

Y figurent :

- le nom du détenteur de la carte CPS
- le type de carte (professionnel de santé, professionnel en formation, personnel d'établissement ou directeur d'établissement)
- la date de fin de validité de la CPE.

Dans les établissements de santé, la carte Vitale permet au logiciel de gestion administrative du patient (GAP) d'acquérir les données d'identification et d'affiliation du patient. À partir de ces éléments, la GAP utilisera le module CDRi pour acquérir les droits à date du patient. Lors d'une venue ultérieure, ces mêmes données permettront de mettre à jour les droits des patients sans que celui-ci n'ait besoin de fournir sa carte Vitale au personnel des admissions.

2.2. La mise à jour de la carte Vitale matérialisée

La carte Vitale est émise sans durée de validité mais doit être remise à jour lors de tout changement de situation personnelle ou professionnelle (changement d'état civil, de caisse d'affiliation...). Elle doit être en tout état de cause remise à jour chaque année par les assurés.

Les assurés sociaux doivent informer leur caisse d'assurance maladie puis mettre leur carte à jour au moyen des bornes ou terminaux prévus à cet effet et installés, notamment, dans les établissements de santé. De même doivent-ils prévenir leur caisse d'assurance maladie de toute perte ou vol.

La carte Vitale peut aussi être mise à jour :

- dans un lecteur disponible dans la plupart des établissements de santé et des pharmacies
- dans un guichet automatique multiservice qui se trouve dans toutes les caisses d'assurance maladie.

3. La carte Vitale dématérialisée : AppCV

Dans une démarche de facilitation à l'accès aux soins et de simplification des démarches pour tous, la carte Vitale dématérialisée est une alternative à la carte Vitale physique, qui continue d'exister.

La carte Vitale dématérialisée est véhiculée via une application téléchargeable sur smartphones, appelée AppCV.

Elle prolonge et complète les services de la carte dite « physique » (voir *infra*) :

- **toujours accessible**, disponible en permanence sur le smartphone, elle évite les oublis ou pertes de la carte physique
- **toujours à jour**, elle se synchronise régulièrement pour refléter les droits en temps réel, sans intervention de l'assuré
- **toujours sécurisée**, grâce à un haut niveau de sécurité et conforme à la réglementation RGPD (règlement général sur la protection des données), elle garantit une protection optimale des données personnelles
- **elle limite** les risques de contaminations manuportées.

3.1. Les données stockées sur l'application

Les seules données stockées dans l'application sont volontairement limitées, et sont :

- le nom et le prénom de l'assuré
- sa date et son lieu de naissance
- son pays d'origine
- son numéro de sécurité sociale
- son organisme de rattachement

Chaque utilisation de l'application nécessite une double authentification : par le smartphone de l'assuré et par un code secret personnel.

3.2. Les conditions d'obtention de l'AppCV

Pour pouvoir obtenir l'appCV, il est nécessaire d'être en possession d'une carte d'identité électronique (CNle) via France Identité, ou procéder à une identification par vidéo permettant de vérifier l'identité de l'assuré.

L'application est gratuitement disponible sur Android (Google Play) et IOS (App Store). Toutes les informations pratiques sont sur le site [appli carte Vitale](#) et [l'appli carte Vitale est disponible pour tous les assurés possédant un smartphone | ameli.fr | Assuré](#)

3.3. L'application en établissement de santé

À ce jour, l'utilisation d'appCV est applicable chez les professionnels de ville équipés techniquement pour lire les informations de la CV dématérialisée.

Le déploiement est en cours de test en établissement de santé.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La carte Vitale est l'outil central de l'Assurance maladie pour la **gestion et la facturation** des soins en France, remplaçant la majorité des démarches papier.
- Son contenu est divisé entre ce qui est visible sur la carte et ce qui est accessible par un lecteur sécurisé.
- Bien que la carte soit émise sans durée de validité, sa mise à jour régulière est **obligatoire** pour garantir l'exactitude des droits.
- La carte Vitale « physique » tend à se raréfier, par le déploiement progressif de la carte Vitale dématérialisée (appCV).



FICHE 10

Le parcours de soins coordonnés

CONTEXTE :

Le parcours de soins coordonné (ou PSC), défini à l'[article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), consiste à confier à un médecin traitant la coordination des différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé, c'est-à-dire sur les bases de remboursement de l'assurance maladie dites « classiques ». À défaut, les patients s'exposent à des majorations financières. Un accès aux soins en dehors du PSC implique un droit à dépassement pour le médecin spécialiste conventionné, à tarif opposable, et une augmentation du reste à charge pour l'assuré social.

1. Le champ d'application

Les dispositions relatives au parcours de soins coordonné s'appliquent, dans les établissements de santé, aux seuls consultations et actes externes dispensés hors services des urgences.

Les séjours sont donc exclus du dispositif.

Le dispositif concerne tous les assurés sociaux de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire - C2S (la majoration du ticket modérateur dans le cas du non-respect du parcours de soins est cependant prise en charge au titre de la C2S, conformément à l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

En revanche, il ne s'applique pas :

- aux enfants de moins de 16 ans
- aux migrants de passage (les migrants permanents, titulaires d'une carte Vitale, devant respecter le parcours de soins)
- aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME)

De même, ce dispositif ne concerne pas certains actes ou soins :

- les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein
- l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse
- les soins lors d'une hospitalisation du secteur privé ou public
- les soins effectués dans le cadre d'une urgence

- les soins palliatifs
- les expertises
- les soins à l'étranger
- les actes anatomo-pathologistes, c'est-à-dire les actes de prélèvements de tissus par chirurgie (biopsie) ou ponction pour leur étude.

De même, il ne concerne pas les spécialités suivantes :

- chirurgiens-dentistes
- stomatologue

Ainsi que les suivantes, qui sont en accès direct si le patient a déclaré un médecin traitant :

- gynécologue
- ophtalmologue
- psychiatre ou neuropsychiatre

Tout patient peut donc consulter directement ces spécialistes, sans orientation de son médecin traitant.

Enfin, les soins exécutés au titre de l'assurance AT-MP et les soins exécutés au titre de l'assurance maternité sont exclus du dispositif.

1.1. Le médecin traitant

Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie (y compris pour les mineurs de moins de 16 ans, même si cette déclaration n'est pas obligatoire pour ces assurés).

À noter que seuls les médecins libéraux ainsi désignés bénéficient d'un forfait, par patient et par an. Ce forfait est versé par l'assurance maladie aux médecins pour le suivi des patients qui les ont déclarés comme leur médecin traitant. Ce dispositif ne s'applique pas aux médecins salariés des établissements de santé.

Les assurés ont le **libre choix** et peuvent désigner, avec son accord :

- un médecin généraliste ou un médecin spécialiste
- un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer à **tout moment**. Il peut également être modifié à tout moment.

Il appartient à l'établissement de santé de s'assurer que l'assuré respecte le parcours de soins, en lui demandant les justificatifs nécessaires (relevé de prestations par exemple, consultation du service mis en place à cet effet au sein des caisses d'assurance maladie).

À NOTER :

Les attestations de carte Vitale et de droit C2S récentes comportent la mention « le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant »

La vérification des droits et du médecin traitant en ligne est possible également par le biais du dispositif CDRI.

1.2. Les différentes situations du parcours de soins

Dans tous les cas, le patient doit avoir fait sa déclaration de médecin traitant auprès de sa caisse de sécurité sociale. À défaut, il sera considéré comme hors parcours de soins et se verra appliquer des majorations financières.

■ Généralités

— Tout patient est considéré comme étant dans le parcours des soins coordonnés s'il consulte son médecin traitant ou son remplaçant ou un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant.

- Si le médecin traitant est indisponible, son remplaçant habituel utilisera ses feuilles de soins (papier ou dématérialisées) et le patient sera remboursé normalement.
- Si le médecin traitant exerce dans un cabinet ou un centre de santé, le patient pourra également avoir recours à un autre médecin du cabinet ou du centre. Celui-ci cochera alors la case « **Médecin traitant remplacé** » sur le bordereau de facturation.
- Si le médecin traitant oriente le patient vers un autre médecin généraliste ou spécialiste, ce médecin correspondant devra alors indiquer sur le bordereau de facturation les nom et prénom du médecin traitant.
- Dans certaines situations (éloignement géographique, urgence, vacances, etc.) le patient demeure dans le parcours de soins coordonnés même si le médecin traitant n'est pas consulté. En effet, l'article L 162-5-3 du CSS précise que la majoration n'est pas applicable :
 - si le patient est loin de chez lui, il pourra alors consulter un autre médecin que son médecin traitant. Ce médecin cochera alors la case « **Hors résidence** » sur le bordereau de facturation.
 - en cas d'urgence, tout patient peut également consulter un autre médecin que son médecin traitant. Ce médecin cochera alors la case « **Urgence** » sur le bordereau de facturation.
 - lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin des armées.
 - lorsque le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'elle est amenée à lui dispenser.
 - durant l'année qui suit le départ à la retraite ou le changement de département du médecin que les patients avaient déclaré comme médecin traitant.



À NOTER :

Est considérée comme urgence une situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin.

Les soins ou traitements consécutifs à une urgence sont considérés comme étant dans le parcours de soins coordonnés dès lors que le médecin traitant en est tenu informé.

— Les patients peuvent enfin consulter certains médecins spécialistes sans passer par leur médecin traitant.

Dès lors qu'un patient a déclaré un médecin traitant, il a la possibilité de consulter directement :

- un gynécologue, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, pour les patients âgés entre 16 et 25 ans
- un stomatologue, pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaire, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale).

Ce médecin spécialiste cochera alors la case « **Accès direct spécifique** » sur le bordereau de facturation

— Les cas particuliers d'exclusion à l'application de la majoration du ticket modérateur

Il est possible de consulter directement un médecin spécialiste, sans passer par le médecin traitant, tout en demeurant dans le parcours de soins coordonnés, dans les situations suivantes :

- dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie
- actes et consultations prévus dans le cadre d'un protocole de soins établi pour une affection de longue durée ([article L324-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)) ;
- dans le cadre d'une séquence de soins en concertation avec le médecin traitant.
- en cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie si cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant
- dans le cadre de soins itératifs pratiqués à la suite d'une prescription du médecin traitant et faisant l'objet d'un plan de soins
- dans le cadre des consultations de génétique prévues au quatrième alinéa de l'[article L1131-1-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#).



À NOTER :

Un patient, dès lors qu'il a déclaré son médecin traitant, peut consulter un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans en exercice libéral et ce, sans pour autant être considéré comme étant en dehors du parcours de soins coordonné.

— Le cas hors parcours de soins

Le patient (de plus de 16 ans) est hors parcours quand :

- Il n'a pas déclaré de médecin traitant
- Il consulte un autre médecin sans être orienté par son médecin traitant et hors cas particuliers ci-dessus

2. Les prises en charge particulières

2.1. La complémentaire santé solidaire (C2S)¹

La C2S est une assurance complémentaire d'État.

L'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit que les personnes mentionnées à l'[article L160-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ont droit à la complémentaire santé solidaire dans les conditions suivantes :

- 1) sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret
- 2) sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont comprises entre le plafond mentionné au 1^o et ce même plafond majoré de 35 %.

La C2S s'applique en France métropolitaine et dans les collectivités mentionnées à l'[article L751-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin), conformément au 7^o de l'[article L752-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Depuis le 1^{er} janvier 2024, la C2S est déployée à Mayotte, en application de l'[article 21-13 - ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte - Légifrance](#).

1. Voir également la fiche "Les débiteurs → organismes relevant de l'AMO" de ce présent guide.

Conformément aux dispositions de l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les personnes mentionnées à l'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ont droit à la prise en charge, après application, le cas échéant, de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation :

- de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'[article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires
- du forfait journalier prévu à l'[article L174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

— Les prestations couvertes

La C2S prend en charge la part complémentaire des dépenses de santé, c'est-à-dire la part du tarif de la sécurité sociale qui n'est pas prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Elle permet la prise en charge, avec dispense d'avance des frais :

- du ticket modérateur, c'est-à-dire la part restant habituellement à la charge du patient (1^o de l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#))
- de la participation forfaitaire de 32 € pour certains actes médicaux lourds (1^o de l'[article L160-14 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), et l'[article R160-16 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#))
- du forfait journalier en cas d'hospitalisation ([article L174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et 2^o de l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#))
- de la participation forfaitaire de 2 €, de la franchise médicale
- des dépassements de tarifs (au-delà du ticket modérateur) pour les frais les plus courants relatifs aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, aux dispositifs d'optique médicale, aux aides auditives et aux dispositifs médicaux à usage individuel, à concurrence d'un certain montant (3^o de l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#))
- des soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3^o de l'[article L162-39 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ([article L162-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#))
- des protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'[article L162-59 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) pour les assurées bénéficiaires de la C2S (1^o de l'[article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et 11^o de l'[article L160-8 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

In fine, seuls les actes et prestations non prévus au remboursement (par exemple, les médicaments non-inscrits sur la liste des médicaments remboursables) sont exclus de ce dispositif de couverture.

En application des dispositions de l'[article L162-5-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bénéficiaires de la C2S ne peuvent se voir appliquer des dépassements d'honoraires de la part des médecins conventionnés sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'[article L162-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

■ Le principe de dispense d'avance de frais et de facturation directe à l'assurance maladie

L'assuré qui dispose d'un droit à la C2S bénéficie d'une dispense totale d'avance de frais ou tiers payant intégral ([article L861-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et [article D 861-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Conformément à l'[article L862-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), dans le cadre du tiers payant intégral coordonné, la part complémentaire d'assurance maladie est directement prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire qui fait comptablement l'objet d'un remboursement par le fonds de financement de la C2S géré par la CNAM.

Seule la part complémentaire, prise en charge par la C2S, doit être facturée à l'assurance maladie.

Concernant les établissements en facturation directe, les parts Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurance Maladie Complémentaire (AMC) doivent être transmises sur une même et seule facture.

Les règles de valorisation dans les conditions de droit commun demeurent identiques, que le patient soit ou non bénéficiaire de la C2S.

Ainsi les règles d'exonération au ticket modérateur, notamment l'application d'une participation forfaitaire de 32 € dans certains cas s'appliquent dans les conditions de droit commun.

■ L'application des règles relatives au « parcours patient »

Les règles relatives au parcours de soins (applicables, s'agissant des établissements de santé, dans le cadre de la réalisation d'actes et consultations externes) demeurent applicables aux patients bénéficiaires de la C2S.

Ainsi, le dispositif du médecin traitant s'applique aux bénéficiaires de la C2S qui sont tenus, comme tous les assurés, de respecter les règles du parcours de soins ([article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

La majoration du ticket modérateur (MTM) en cas de non-respect du parcours de soins est applicable au bénéficiaire de la C2S qui ne respecte pas le dispositif du médecin traitant et le parcours de soins. Toutefois, cette majoration est prise en charge par la C2S.

La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie n'autorise pas les dépassements autorisés plafonnés (DA) pour les bénéficiaires de la C2S, quand ces derniers consultent en dehors du parcours de soins, et en dehors de cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient.

2.2. Les affections longues durées (ALD)

Le 3° de l'[article L160-14 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité.

Aux termes de ce même article (4°), la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et que cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

— Définitions

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Elle donne droit à exonération ou en partie du ticket modérateur pour tous les actes en rapport avec elle (prise en charge à 100 % des dépenses liées à ces soins et traitements le cas échéant).

Il existe deux types d'ALD :

— Les ALD exonérantes

Lorsque le patient bénéficie d'une ALD exonérante pour sa maladie, les frais liés aux soins de celle-ci sont remboursés au maximum du plafond de remboursement de l'Assurance maladie. On parle d'exonération du ticket modérateur. Restent à la charge du patient les dépassements d'honoraires, la participation forfaitaire de 2 €, la franchise médicale, ou le forfait hospitalier.

— Les ALD 30

Il s'agit de l'une des 29 affections prévues au 3° de l'[article L160-14 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), et inscrite sur la liste figurant à l'article Annexe à l'[article D160-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) :

- accident vasculaire cérébral invalidant
- affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente et troubles bipolaires.
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- bilharziose compliquée
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- hypertension artérielle sévère (si reconnue et admise avant le 27 juin 2011 seulement)
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires
- graves cardiopathies congénitales graves
- insuffisance respiratoire chronique grave : BPCO, asthme grave
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- maladie coronaire : infarctus du myocarde
- maladie d'Alzheimer et autres démences
- maladie de Parkinson
- maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- mucoviscidose
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)
- paraplégie
- polyarthrite rhumatoïde évolutive
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques
- scoliose idiopathique structurale évolutive
- spondylarthrite grave
- suites de transplantation d'organe
- tuberculose active, lèpre
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique

— Les ALD hors liste (dites ALD 31)

Il s'agit d'une affection non inscrite sur la liste mais constituant une forme évolutive prévisible de plus de 6 mois d'une affection grave, dont le traitement est particulièrement coûteux.

Pour que les soins soient acceptés en ALD hors liste, la prise en charge doit comprendre obligatoirement un traitement médicamenteux ou un appareillage.

2 critères parmi les 4 suivants sont également obligatoires :

- hospitalisation à venir
- actes techniques médicaux répétés
- actes biologiques répétés
- soins paramédicaux fréquents et réguliers.

— Les poly-pathologies ou affections multiples

Le cumul de plusieurs affections entraînant un état **pathologique invalidant** nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux (ALD 32).

— Les ALD non-exonérantes

Une ALD non exonérante est une affection qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une **durée prévisible supérieure à 6 mois**, mais qui n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur.

L'ALD non exonérante permet de bénéficier d'un arrêt de travail de plus de 6 mois et de la prise en charge des transports en lien avec la maladie, sous certaines conditions. Les soins sont remboursés aux taux habituels.

— Le champ d'application

Le dispositif d'exonération du ticket modérateur pour ALD exonérante s'applique dans la majorité des régimes d'assurance maladie.

Concernant le champ des prestations remboursées, la prise en charge à 100 % concerne l'ensemble des prestations en nature, hors :

- dépassements d'honoraires facturés par les professionnels de santé
- pour les dispositifs médicaux, la différence entre le tarif remboursé par l'assurance maladie et le prix de vente pratiqué par le fournisseur
- participation forfaitaire de 2 € et franchise médicale, déduites automatiquement des remboursements
- forfait journalier hospitalier, c'est-à-dire la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée
- actes et prestations non prévus au remboursement (par exemple, les médicaments non-inscrits sur la liste des médicaments remboursables, les prestations pour exigence particulière comme le supplément pour chambre individuelle...).

La part non remboursée par l'Assurance maladie est ainsi à la charge du patient. Elle peut éventuellement être remboursée, en partie ou en totalité, par la mutuelle ou l'assurance complémentaire santé de ce dernier.

— La modalité de prise en charge des ALD

— Les pièces justificatives

3 documents permettent d'identifier les patients relevant de ce dispositif :

- **carte Vitale et/ou attestation papier fournie par la caisse d'affiliation**

Sur la carte Vitale (ou l'attestation papier) figure un message correspondant au motif de l'une des trois catégories d'exonération (liste, hors liste, poly-pathologies).

Ce message peut prévoir une limitation dans le temps.

- **notification délivrée par la caisse d'affiliation**

Il s'agit d'un imprimé délivré par la caisse d'assurance maladie en l'absence de carte Vitale ou en cas de carte Vitale non mise à jour.

Cet imprimé précise que le patient bénéficie d'une exonération au titre de l'une des trois catégories, avec une possible limitation dans le temps.

- **3^{ème} volet du nouveau protocole de soins**

Il s'agit d'un imprimé remis au patient par son médecin traitant, exceptionnellement par le médecin d'un établissement de santé pour une pathologie découverte en cours d'hospitalisation après concertation avec le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie. Dans le cas où la demande provient d'un établissement de santé, l'accord est délivré pour une durée de 6 mois.

Le document comporte obligatoirement les traitements, examens biologiques, consultations de professionnels de santé et paramédicaux, nécessaires pour soigner la pathologie. Il peut être complété d'informations relatives à la pathologie si le patient l'autorise.

Nota bene : pour éviter tout retard dans la prise en charge à 100 % du patient nécessitant des soins au titre d'une ALD, le protocole de soins peut être élaboré par le praticien hospitalier, que le patient ait ou non désigné un médecin traitant. Le patient est exonéré du ticket modérateur pour une durée de 6 mois et doit mettre à profit cette période pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant, qu'il l'ait déjà choisi ou qu'il doive encore le faire. A l'issue de cette période de 6 mois, s'il n'a pas pu effectuer ces démarches, cette procédure dérogatoire est renouvelée.



FOCUS SUR L'ORDONNANCE BIZONE

L'ordonnance bizonne est une ordonnance particulière, utilisée par le médecin pour distinguer les médicaments et examens en rapport avec l'ALD et pris en charge à 100 % et ceux liés à d'autres maladies, pris en charge aux taux de remboursement habituels.

Elle se compose de 2 parties :

- **une partie haute, exclusivement réservée aux soins en rapport avec l'ALD pris en charge à 100 % (médicaments, examens biologiques et radiologiques, soins infirmiers et de kinésithérapie, dispositifs médicaux, etc.).**

À noter que le remboursement des soins est toujours établi sur la base du tarif de la sécurité sociale, et non sur la base des frais médicaux réels, ce qui signifie que pour les soins en rapport avec l'ALD, le remboursement est effectué à 100 % sur la base du tarif de la sécurité sociale.

- **une partie basse, réservée aux soins sans rapport avec l'ALD pris en charge aux taux de remboursement habituels (dans le cadre du parcours de soins).**

— Les procédures

- **S'agissant des ALD connue avant la consultation/l'hospitalisation**

Si le patient est hospitalisé pour une ALD exonérante, il n'est pas nécessaire d'enclencher une procédure particulière vis-à-vis de la caisse d'assurance maladie ou du médecin conseil.

Le service d'accueil administratif du patient recueille auprès du patient (ou de sa famille) sa carte Vitale ou/et sa notification.

Par ailleurs, le service en charge de la facturation récupère auprès du service de soins l'information (électronique ou non) que la cause de la consultation/l'hospitalisation est bien en rapport avec l'ALD exonérante.

- **S'agissant des ALD découvertes au cours de la consultation/l'hospitalisation**

La procédure est identique que l'affection corresponde à une ALD Liste, une ALD Hors liste ou une ALD polypathologique.

Procédure applicable à l'établissement de santé	Décision du contrôle médical de la caisse d'affiliation
<p>Le médecin du service de soins remplit le protocole d'examen spécial (PES – formulaire S3501c), disponible dans le service de soins, et l'adresse au médecin conseil de la caisse d'affiliation du patient.</p>	<p>Le médecin conseil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne son avis sur la demande d'exonération du ticket modérateur après examen du protocole • informe le service administratif de la caisse qui notifie la décision à l'assuré • informe le praticien rédacteur du protocole • informe le médecin traitant si le patient en a désigné un.

2.3. L'assurance maternité

— Règles de prise en charge

— Jusqu'à la fin du cinquième mois de grossesse

Les frais et examens médicaux sont remboursés aux taux habituels.

Seuls les examens prénataux obligatoires et les séances de préparation à l'accouchement sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité.

Toutefois, dès le 1^{er} trimestre, certains actes médicaux liés à la grossesse peuvent également être exonérés du ticket modérateur, au titre de l'assurance maternité :

- pour les femmes présentant un risque particulier, le caryotype fœtal et l'amniocentèse sont pris en charge à 100 % sous réserve, pour le caryotype fœtal, de l'accord préalable du service médical de leur caisse d'assurance maladie
- Pour le dosage de la glycémie, certaines analyses de dépistage de la rubéole, la toxoplasmose, l'hépatite B, la syphilis ou encore le test HIV.

— À partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement

Tous les frais médicaux remboursables sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité, qu'ils soient ou non en rapport avec la maternité (dans la limite cependant des tarifs de l'assurance maladie et des prestations prises en charges : les prestations pour exigence particulière demeurent ainsi par exemple à la charge de la patiente).

Justification de l'exonération : la patiente enceinte bénéficiant d'une exonération au titre de l'assurance maternité doit être en possession d'une attestation délivrée par sa caisse d'Assurance maladie et sur laquelle figurent ses « droits de maternité », ainsi que les dates d'exonération.

Ce renseignement doit également être inscrit sur sa carte Vitale à jour, et consultable via CDRI.

■ Les modalités de facturation

■ S'agissant des séjours :

La prise en charge est intégrale, il n'y a donc aucun ticket modérateur (à noter, à l'instar de l'assurance accident du travail : il n'y a pas d'exonération de ticket modérateur car, par nature, cette assurance n'en prévoit pas).

Concernant le forfait journalier (FJ), il est facturé par les établissements mais il est pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale (le FJ est donc inclus dans les forfaits hospitaliers type Groupe Homogène de Séjour (GHS), Groupe Médico-Tarifaire (GMT)...

■ S'agissant des Actes et Consultations Externes (ACE) :

À l'instar des séjours, aucun ticket modérateur n'est associé aux prestations externes réalisées au profit des patientes bénéficiant de l'assurance maternité. Les prestations prises en charge par l'assurance maternité sont également **exonérées de la participation forfaitaire de 2 € et de la franchise médicale.**

2.4. Les maladies professionnelles (MP)

■ Définition

Conformément à l'[article L461-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) : « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles [annexé au code de la sécurité sociale] et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ».

Les tableaux des maladies professionnelles sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales et sont accessibles sur le site de l'institut national de recherche et de sécurité (www.INRS.fr).

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut également être reconnue d'origine professionnelle, une maladie non désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % ([article R461-8 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse d'Assurance maladie reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (dernier alinéa de l'[article L461-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Le délai dont dispose le CRRMP pour donner son avis s'impute sur les délais réglementaires d'instruction ([article R441-14 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

■ La déclaration

— Qui peut déclarer et sous quel délai ?

Toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, bénéficie de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP), et ce, dès son embauche.

Les travailleurs indépendants, non couverts par le système protecteur de la législation professionnelle, ont la possibilité de s'assurer volontairement contre le risque des AT-MP (assurance volontaire).

En tout état de cause, il appartient à la victime de déclarer la maladie professionnelle à la caisse primaire via le formulaire S6100b, même si elle a déjà transmis une lettre d'avis d'interruption de travail, et ceci dans un délai de 2 ans à compter de la date du certificat médical initial.

— Que fournir aux services de l'assurance maladie ?

Le médecin (traitant, hospitalier, du travail...), constatant une maladie professionnelle, établit et remet au patient un « certificat médical initial » (imprimé S6909) que la victime devra joindre à la « déclaration de maladie professionnelle », qu'elle transmet à la caisse de sécurité sociale dont elle dépend.

Lorsqu'il le peut, le médecin utilise le téléservice qui permet de rédiger le certificat médical en ligne. Dans ce cas, il est transmis électroniquement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont dépend le patient.

La prise en charge des soins

Les prestations couvertes :

Les victimes sont prises en charge à 100 % et en tiers payant pour les soins médicaux nécessaires et liés au traitement de la maladie professionnelle.

Cette prise en charge vaut à compter de la date du certificat faisant le lien entre la pathologie et une activité professionnelle, en pratique, la date du certificat médical initial.

En cas de non reconnaissance, les frais sont pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie selon les modalités habituelles.

Les victimes sont donc dispensées de la totalité des frais d'hospitalisation, y compris du forfait journalier hospitalier, et de consultations et soins externes. Elles ne sont pas non plus redevables du ticket modérateur forfaitaire (32 €).

En revanche, les dispositions relatives à la participation forfaitaire de 2 € à la franchise annuelle ([article L432-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et [article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)) leur sont applicables.



FOCUS SUR LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PAR RÉGIME

La plus grande partie des salariés est couverte par la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale.

Toutefois, à la différence des autres risques, le risque MP n'est pas pris en charge par tous les régimes de sécurité sociale.

Ci-dessous les régimes n'assurant pas cette prise en charge, ou les catégories d'assurés non couverts par le risque MP :

RÉGIMES NE PRENANT PAS EN CHARGE LE RISQUE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)	
Travailleurs indépendants	Les adhérents doivent souscrire à une assurance privée
Caisse générale de prévoyance des marins	Le débiteur est déterminé par la caisse ; il peut être soit l'employeur soit la caisse
Caisse autonome nationale de la Sécurité Sociale des mines	La gestion du risque est assurée : - soit par l'employeur, pour les agents des entreprises nationalisées (houillères) - soit par les sociétés de secours minières dans les autres cas (potasse, fer, ardoisières...)

Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale	Les MP sont prises en charge : - soit par la Direction du Service de Santé des Armées pour les militaires de carrière - soit par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale en tant qu'employeur.
Personnel de la Banque de France	Le risque MP est géré par l'employeur
Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée nationale	Le risque est géré par l'employeur
Caisse des Français à l'étranger	Adhésion possible pour le risque MP
Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)	La CAVIMAC ne gère pas le risque MP. Aucune couverture n'est prévue. Les dépenses afférentes sont donc prises en charge sur la base des remboursements « assurance maladie »
Sections Locales Interministérielles (SLI)	Les SLI ne gèrent pas le risque MP. Le risque est pris en charge soit directement par l'employeur, soit par la CPAM du domicile

— La période de prise en charge :

L'intégralité des soins liés à l'évènement sont pris en charge.

Dès lors, en cas de consolidation (cas où la victime présente des lésions permanentes fixes ne faisant plus l'objet d'un traitement spécifique, mais ayant entraîné une incapacité permanente), ou de guérison, la victime ne bénéficie plus de cette prise en charge intégrale.

Deux exceptions sont néanmoins à noter. Après la consolidation, la victime peut en effet bénéficier de ce dispositif si les soins sont :

- médicalement justifiés
- en rapport avec les séquelles imputables à la maladie professionnelle.

En sont donc exclus :

- les soins relatifs à une affection sans rapport avec la maladie professionnelle
- les soins relatifs à un état antérieur temporairement aggravé par la maladie, mais qui évolue ensuite pour son propre compte.

— Les conditions de prise en charge des soins :

Lorsque la maladie professionnelle pour laquelle un malade est admis en hospitalisation (ou reçu en consultations externes) a été déclarée, le malade le signale au service d'accueil administratif et doit lui présenter sa « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ».

L'établissement doit ensuite adresser les informations de séjour correspondantes à sa caisse pivot (risque 0, code exonération 41).

Lorsque la pathologie n'a pas encore été déclarée mais que le malade signale qu'elle est susceptible d'être d'origine professionnelle, le service d'accueil administratif doit demander au service de soins d'établir un certificat médical initial.

Le service d'accueil administratif gère le dossier du patient en identifiant un contexte de maladie professionnelle. Il valorise le séjour en « maladie professionnelle ».

Si la maladie professionnelle n'est finalement pas reconnue, la CPAM demande à l'établissement une régularisation du séjour en « maladie (AS) ». Dans ce cas le service régularise le séjour en « maladie » au taux de 80 % pour valorisation par l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), et en parallèle facture en maladie 20 % du Tarif National Journalier de Prestation (TNJP) + le forfait Journalier Hospitalier (FJH) à l'assuré ou à sa complémentaire.

Dans tous les cas, les services administratifs doivent recueillir avec exactitude l'état civil de la victime, son numéro d'immatriculation, la désignation de l'employeur et « *toutes circonstances particulières qui lui paraîtrait utile de signaler* » (cf. [article R441-12 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

2.5. Les accidents du travail

— Définition

Aux termes de l'[article L411-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

— Le champ d'application

Les victimes sont prises en charge à 100 % pour les soins médicaux nécessaires et liés au traitement de l'accident du travail.

Cette prise en charge vaut à compter de la date du certificat faisant le lien entre la pathologie et une activité professionnelle, en pratique, la date du certificat médical initial.

Les victimes sont dispensées de la totalité des frais d'hospitalisation, y compris du forfait journalier hospitalier, et de consultations et soins externes. Elles ne sont pas non plus redevables du ticket modérateur forfaitaire (32 €).

En revanche, les dispositions relatives à la participation forfaitaire de 2 € à la franchise annuelle ([article L432-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et [article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)) leur sont applicables.

À la différence des autres risques, le risque accident du travail n'est pas systématiquement pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Dans certains cas, d'autres dispositifs se substituent aux régimes d'assurance maladie, par exemple :

- certains employeurs gèrent eux-mêmes ce risque (exemple : certains établissements publics de santé)
- les assurés non-salariés peuvent souscrire une assurance privée (exemple : les exploitants agricoles, les travailleurs indépendants).

■ La déclaration et la modalité de prise en charge

— Le rôle de l'établissement de santé :

Lors de l'admission du patient, qu'il s'agisse de consultations externes, y compris dans les services d'urgence, ou d'hospitalisation, il convient de recueillir avec exactitude la date de l'accident du travail, les références de l'employeur (nom, adresse, n° de téléphone) et se procurer le plus rapidement possible la **feuille d'accident du travail délivrée par l'employeur**.

Dans tous les cas, le patient doit présenter cette **feuille d'accident du travail établie par l'employeur**, qu'il s'agisse des premiers soins ou de suite de soins. Le renouvellement de la feuille est réalisé par la caisse d'assurance maladie. En l'absence de ce document, le patient doit demander à l'employeur de fournir ce document sous 48 h.

Dans toutes les hypothèses, la carte Vitale et une pièce d'identité doivent être utilisées pour recueillir les informations relatives aux coordonnées de la personne.

Le service d'accueil administratif prend en charge le patient en identifiant un contexte d'accident du travail. Il consulte CDRi ou CDR avant la valorisation VID-HOSP (fichier de transmission des informations médico-économiques à l'ATIH pour valorisation) et **1 mois après l'entrée**. Si l'accident du travail (AT) est bien du Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) + le Forfait Journalier Hospitalier (FJH) restitué, à la sortie du patient, le séjour est valorisé en « accident du travail ».

Si l'accident du travail n'est finalement pas reconnu, la CPAM demande à l'établissement une régularisation du séjour en « maladie ». Dans ce cas le service régularise le séjour en « maladie » au taux de 80 % pour valorisation ATIH, et en parallèle facture en maladie 20 % du Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) + le Forfait Journalier Hospitalier (FJH) à l'assuré ou à sa complémentaire.

— Cas particuliers des accidents gérés par les employés, des assurances privées ou des régimes autres que le régime général

Le principe général est que la prise en charge doit être demandée directement auprès de l'organisme gérant le risque.

Pour les principaux régimes d'assurance maladie autres que le régime général :

- **Régime des exploitants agricoles** : depuis le 1^{er} avril 2002, il existe une assurance AT/MP obligatoire pour les exploitants agricoles (les salariés agricoles bénéficient du risque AT)
- **Travailleurs indépendants (RSI)** : le risque AT n'est pas couvert, les assurés doivent souscrire une assurance privée
- **SNCF, RATP** : le risque AT est couvert par ces régimes
- **Fonctionnaires** : le risque AT est géré par l'employeur
- **Personnel de la Banque de France** : le risque AT est géré par l'employeur
- **Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines** : gestion du risque AT par l'employeur pour les agents des houillères ou par les sociétés de secours minières (potasse, fer, ardoisières)
- **Caisse d'assurance maladie des cultes (CAVIMAC)** : le risque AT n'est pas couvert.

2.6. Les accidents de la vie causés par des tiers

— Généralités

Aux termes de l'[article L376-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L454-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), en cas d'accident imputable à un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale sont habilités à récupérer auprès des tiers ou de leur assurance, dans certaines limites, les prestations qu'elles ont versées.

Pour ce faire, il est essentiel que les caisses d'assurance maladie puissent être informées de la survenue de l'accident afin d'être en mesure d'exercer un recours contre le tiers responsable.

Pour plus de précisions, la page suivante peut être consultée :

- [Victime d'un accident causé par un tiers ? Adopter le réflexe du recours contre tiers | ameli.fr | Assuré](#)

Il convient donc de rappeler que la personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont dans l'obligation d'informer la caisse d'assurance maladie de la victime de la survenue des lésions causées par un tiers (si ce tiers est connu), dans des conditions fixées par décret.



FOCUS SUR LE CALCUL DU PRÉJUDICE POUR L'ASSURANCE MALADIE

En application de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), lorsque la prise en charge s'est déroulée au sein d'un établissement ex-DG, le tarif journalier de prestation sert de base au calcul du préjudice dans le cadre de l'exercice d'un recours contre le tiers.

S'agissant des établissements ex-OQN, sur le champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO), c'est le tarif de responsabilité qui constitue la base de calcul dudit préjudice, alors qu'en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et psychiatrie, on utilisera le TNJP.

— La mise en œuvre

L'établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers, doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la fin des soins.

Lors de l'admission d'un patient suite à un accident, les agents qui procèdent à l'accueil des patients ou de leur entourage doivent demander si cet accident a été causé par un tiers.

Les informations relatives à l'accident et à la date de l'accident doivent être saisies dans le logiciel de gestion administratif de l'établissement, afin qu'elles soient transmises dans l'avis d'admission ou dans la demande de prise en charge (même procédure que les accidents du travail ou accidents de la voie publique) → [Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 2 du 15 mars 2011](#).

S'agissant des établissements sous facturation directe, le signalement aux caisses d'assurance maladie est opéré par le biais du bordereau de facturation et à partir des indications fournies par le patient.

2.7. Les assurés sociaux d'Outre-Mer

— Assurés des départements et régions d'Outre-mer (DOM-ROM)

Les DOM-ROM sont des départements d'outre-mer dotés de caisses générales de sécurité sociale (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion), et pour Mayotte de la CSSM (Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte).

— Assurés métropolitains se rendant dans un DOM-ROM

Les personnes qui se rendent ou qui viennent de ces départements relèvent des mêmes règles en matière de Sécurité sociale et notamment d'accès aux soins, que si elles voyageaient sur le territoire métropolitain. Dans un établissement de soins, ces patients doivent fournir leur carte Vitale actualisée.

— Assurés affiliés à une caisse d'un DOM-ROM se rendant en métropole

Les personnes affiliées à une Caisse Générale de Sécurité Sociale d'un département d'Outre-mer, qui reçoivent des soins ou sont hospitalisées en métropole, peuvent obtenir le remboursement de leurs prestations ou la délivrance d'une prise en charge auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de leur lieu de séjour momentané en France métropolitaine.

C'est ce que l'on nomme la subsistance. Dans ce cas de figure, il est nécessaire de signaler ces dossiers en envoyant une copie de l'attestation de la carte Vitale à la caisse de sécurité sociale de rattachement de l'établissement. Cette démarche permet à l'unité de gestion des bénéficiaires de créer le dossier de l'assuré. Il est nécessaire de préciser l'adresse de l'établissement hospitalier accueillant le patient.

— Les assurés des collectivités d’Outre-mer (COM) et des collectivités à statut particulier

Les COM et les collectivités à statut particulier sont considérées - au sens de la sécurité sociale - comme des pays étrangers, les prestations sociales étant gérées par des organismes indépendants.

Si une convention bilatérale a été signée, comme avec la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française, les ressortissants de ces territoires qui ont besoin de soins en métropole (ou dans l'un des DOM) doivent présenter un formulaire spécifique remis par leurs caisses respectives (la CAFAT pour la Nouvelle-Calédonie ou la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française).

Ces formulaires leur permettent de bénéficier de la prise en charge de leurs soins. Pour les autres collectivités d'outre-mer, leurs ressortissants sont soumis aux mêmes dispositions que celles applicables aux ressortissants étrangers.

2.8. Les prises en charges des victimes d’actes de terrorisme

Les victimes d’actes de terrorisme peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100 % sans avance de frais pour tous les soins engagés en lien avec ces événements.

Un droit à la prise en charge du suivi psychologique est également ouvert aux proches des victimes décédées ou blessées.

— Les personnes concernées par ce dispositif

— Les victimes directes

Conformément à l'[article L169-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) bénéficient de la prise en charge dérogatoire les personnes :

- qui ont été soit blessées lors d’un acte de terrorisme, soit impliquées dans cet acte
- et dont l’identité a été communiquée par l’autorité judiciaire compétente au Fonds de Garantie des victimes d’actes de Terrorisme et d’autres Infractions (FGTI).

Aux termes de cet article :

- Les personnes blessées s’entendent des personnes présentes sur les lieux de l’acte de terrorisme et qui ont subi un dommage physique ou psychique immédiat directement lié à cet acte
- Les personnes impliquées s’entendent des personnes présentes sur les lieux de l’acte de terrorisme qui, ultérieurement à cet acte, présentent un dommage physique ou psychique qui lui est directement lié.

Lorsqu'une personne blessée au cours d'un acte de terrorisme ou présente sur les lieux figure sur la liste officielle des victimes établie par le Parquet de Paris, sa caisse d'Assurance Maladie lui adresse un courrier personnalisé accompagné d'une attestation de prise en charge à ce titre.

Cette prise en charge est accordée pendant un an, jusqu'à la fin du mois de l'année n+1 correspondant au mois au cours duquel est intervenu l'acte de terrorisme.

— Les proches parents

À compter de la survenance de l'acte de terrorisme s'ouvre une période de dix ans au cours de laquelle les proches parents, au sens de l'[article L169-7 - Code de la sécurité sociale – Légifrance](#), peuvent faire valoir leur droit à prise en charge intégrale des consultations de suivi psychiatrique rendues nécessaires par l'acte de terrorisme.

Ce même article réserve expressément ce dispositif aux proches parents des personnes décédées ou blessées lors de l'acte de terrorisme dont l'identité a été communiquée au FGTI. Ce même article définit limitativement les proches parents qui s'entendent :

- du conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité
- des ascendants jusqu'au troisième degré, c'est-à-dire des parents, grands-parents et arrière-grands-parents
- des descendants jusqu'au troisième degré, c'est-à-dire des enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants
- des frères et sœurs.

— Le champ des prestations prises en charge et modalité de facturation

— Les victimes directes

Les personnes blessées au cours d'un acte de terrorisme ou présentes sur les lieux, et qui figurent sur la liste officielle des victimes établie par le ministère de la Justice, sont exonérées de toute participation aux soins pour l'ensemble des frais de santé engagés en lien avec cet événement, à savoir :

- le ticket modérateur
- la participation forfaitaire de 2 €
- les franchises
- le forfait journalier hospitalier
- la participation forfaitaire de 32 € pour les actes (ou cumuls d'actes) supérieurs à 120 €.

Cette prise en charge à 100 % du tarif de la sécurité sociale est opérée sans avance de frais, y compris les dépassements d'honoraires pour la psychiatrie.

Dès lors qu'ils sont rendus nécessaires par l'acte de terrorisme, les prothèses dentaires et certaines prothèses et orthèses, véhicules pour handicapés physiques et réparations ainsi que certains dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie inscrits sur la « liste des produits et prestations » définie par le code de la sécurité sociale sont remboursés dans la limite des frais engagés, selon les tarifs de prise en charge.

Cette prise en charge des frais de santé peut se cumuler avec la reconnaissance d'une affection de longue durée qui sera alors prise en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que pour tout patient dans ce cas (cf. *supra*).

À noter que l'[article L169-2-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) stipule la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les victimes d'actes de terrorisme.



FOCUS SUR LA MISE EN PLACE D'UN TIERS PAYANT INTÉGRAL

Pendant la durée de la période dérogatoire, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de l'avance des frais pour les hospitalisations, actes et prestations, y compris l'appareillage, et consultations, y compris de suivi psychiatrique.

L'avance des frais est également applicable aux consultations de suivi psychiatrique des proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme.

À cet effet, chaque personne concernée reçoit une attestation dont le modèle est établi par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Cette attestation, signée du directeur de l'organisme d'assurance maladie, lui permet de faire valoir ses droits à la prise en charge dérogatoire et à l'avance des frais auprès des professionnels et des établissements de santé.

— Les proches parents

Pendant une période de deux ans à compter du jour où le droit a été ouvert, les proches parents des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme peuvent bénéficier de l'exonération du ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 2 € pour les consultations de suivi psychiatrique rendues nécessaires par l'acte de terrorisme.

2.9. Les prises en charge au titre d'une pension militaire d'invalidité

Le dispositif des soins médicaux gratuits (SMG) vise à permettre la prise en charge intégrale des soins réalisés au profit des titulaires d'une pension militaire d'invalidité en lien direct avec l'infirmité pensionnée.

— Généralités

— Les personnes concernées

Sont concernés par ce dispositif les titulaires d'une pension militaire d'invalidité (voir en ce sens l'[article L212-1 - Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre - Légifrance](#) et l'[article L213-1 - Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre - Légifrance](#)).

— Le champ des prestations couvertes

Seuls sont concernés les soins ou prestations liés aux infirmes pensionnés (les droits sont identifiés à travers la carte Vitale et l'attestation ouvrant droit aux SMG).

Sont ainsi exclusivement visés les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie ouvrant droit à pension.

À noter que certaines prestations nécessitent avant toute prise en charge intégrale l'accord de la caisse nationale de sécurité sociale militaire (demande d'accord préalable).

— Les modalités de facturation

— Pour les séjours hospitaliers

La demande d'accord préalable est obligatoire. Elle est effectuée par l'établissement de santé, auprès du service du contrôle médical de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS).

Sous réserve que le séjour soit lié aux infirmités pensionnées, le patient est intégralement pris en charge. À l'instar de l'assurance maternité ou de l'assurance couvrant les risques professionnels, le SMG couvre l'intégralité des frais. Il n'y a ainsi aucun ticket modérateur (ni d'éventuelle participation forfaitaire) à facturer au patient.

Concernant le forfait journalier hospitalier, le patient en est exonéré. Le forfait journalier est néanmoins intégralement pris en charge par la CNMSS.

■ Pour les Actes et Consultations Externes (ACE) et autres prestations

○ Les consultations externes :

Sous réserve que la consultation soit liée aux infirmités pensionnées, le patient est intégralement pris en charge.

À l'instar de l'assurance maternité ou de l'assurance couvrant les risques professionnels, le SMG couvre l'intégralité des frais. Il n'y a ainsi aucun ticket modérateur (ni d'éventuelle participation forfaitaire) à facturer au patient.

Il en est de même concernant les franchises médicales sur les médicaments, ainsi que la participation forfaitaire de 2 €.

À noter que les dépassements d'honoraires, pratiqués sur certains actes par les professionnels de santé conventionnés à honoraires libres (secteur 2), demeurent à la charge du patient.

○ Les prothèses dites de « dernière génération » :

La délivrance de telle prothèse peut être pris en charge par la CNSMM sous réserve que le choix du modèle et du fournisseur ou du distributeur, ainsi que les capacités physiques et cognitives du patient, aient été préalablement définis et vérifiés par le service de santé des armées (SSA) en charge de la rééducation et de la réadaptation du patient.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- **Le parcours de soins coordonné (PSC) est un dispositif central de l'assurance maladie visant à rationaliser et coordonner les soins du patient autour d'un médecin traitant déclaré.**
- **Ce médecin coordonne les interventions des différents professionnels de santé pour un assuré.**
- **Le PSC ne s'applique qu'aux assurés sociaux de plus de 16 ans, en consultations et actes externes uniquement, et en dehors des services d'urgence.**
- **Afin de bénéficier de remboursements de soins optimaux, l'assuré doit s'inscrire dans le parcours de soins. Des pénalités sont appliquées s'il déroge à cette règle.**
- **Certaines spécialités sont cependant accessibles en dehors du parcours de soins.**
- **Certaines protections sociales exonèrent le patient d'entrer dans le parcours de soins, tout en garantissant une prise en charge financière optimale.**



FICHE 11 | Les relations avec les Assurances Maladie Complémentaires (AMC)

CONTEXTE :

L'assurance maladie complémentaire (AMC) ou « complémentaire santé » est un système d'assurance maladie qui complète celui du régime obligatoire en intervenant sous forme d'un complément de remboursement des soins.

1. Le cadre général

Il existe trois catégories d'organismes complémentaires (OCAM ou AMC) :

- les mutuelles
- les entreprises d'assurance
- les institutions de prévoyance.

Ces trois catégories représentent près de 400 organismes différents.

Les AMC prennent en charge tout ou partie des montants restant à la charge du patient, après réalisation d'actes ou de prestations dans un établissement de santé.

Cette assurance intervient également le cas échéant à des fins de remboursement des prestations non couvertes par le régime obligatoire (dépassement d'honoraires, prestations pour exigences particulières du patient, ...).

En l'absence de conventionnement avec une ou plusieurs AMC, sauf exception, l'établissement n'avance pas, au bénéfice du patient, les frais éventuellement couverts par une AMC.

En cas de conventionnement, selon la nature du contrat le liant à l'organisme complémentaire, l'établissement de santé facture directement à l'AMC la somme prise en charge par cette complémentaire (situation dite du tiers payant pour la part complémentaire) et facture au patient ce qui demeure éventuellement à sa charge (c'est le reste à charge patient).

Les modalités d'avance de frais de ces montants par les établissements avant remboursement par ces AMC sont multiples. Le cadre des relations entre les établissements de santé et les AMC est en effet pluriel.

Afin de minimiser les délais de paiement auprès des AMC, il est essentiel de mettre en place les conditions optimum de constitution des dossiers d'AMC.

Ainsi est né le projet ROC ETS co-construit par la DGOS, la DSS, la DGFIP, les fédérations des complémentaires de santé, et les fédérations hospitalières : les fiches du présent guide s'inscrivent par ailleurs dans le cadre du déploiement du projet « remboursement des organismes complémentaires » (ROC) visant à la mise en place d'échanges dématérialisés entre les établissements et les organismes complémentaires. Ce projet a pour objet de normaliser, d'optimiser et d'industrialiser l'ensemble de ces échanges.

C'est un chantier intégré dans le programme SIMPHONIE. Pour en savoir plus sur le dispositif ROC et ses avantages, [cliquez ici](#).

1.1. En cas d'absence de conventionnement

Lorsqu'un établissement de santé n'a conclu aucun contrat avec une AMC pour définir les modalités d'avance de frais, il ne doit pas facturer l'AMC.

Ainsi, l'établissement facture l'ensemble des frais non pris en charge par les régimes obligatoires directement au patient, à charge pour ce dernier d'obtenir le remboursement auprès de son AMC.

1.2. En cas d'encadrement de la pratique du tiers payant

Dans ce cas de figure et selon la nature des conventions mises en œuvre entre l'établissement de santé et l'AMC, l'établissement de santé facture directement à l'AMC la somme prise en charge par la complémentaire santé (situation dite du tiers payant pour la part complémentaire) et facture au patient ce qui demeure éventuellement à sa charge.

À noter que l'établissement doit vérifier pour chaque patient, à partir notamment de l'attestation de tiers payant présentée par celui-ci, le champ d'application du tiers payant et la période de validité de la couverture complémentaire.

Logo ROC - symbolise le tiers payant dans son ensemble

Mentions obligatoires pour identifier l'AMC (triplet AMC = N°AMC + Type Conv + CSR) afin d'accéder à l'annuaire ET l'assuré (N° adhérent)

BÉNÉFICIAIRE		COUVERTURES ADMINISTRATIVES										
NOM - PRENOM - DATE ET RANG DE NAISSANCE		PHAR	PH2	CERL	TRAN	AUXM	HOSP	DESO	OPRU	DÉPR	DEOR	IDB
DUPONT DANIEL 31/01/1973	1 73 01 59 XXX XXX XX	100	100	100	100	100	(1)	100	(1)	(1)	(1)	IDB
DUPONT VERONIQUE 13/03/1976	2 76 03 59 XXX XXX XX	100	100	100	100	100	(1)	100	(1)	(1)	(1)	IDB
DUPONT LAURE 17/10/1993	2 93 10 59 XXX XXX XX	100	100	100	100	100	(1)	100	(1)	(1)	(1)	IDB

Le Datamatrix permet de sécuriser et simplifier le TP pour les PS et les AMC → Vous le scannez :

- Accélération et sécurisation de la lecture des droits
- Automatisation de la récupération d'informations
- Réduction des erreurs

S'agissant de l'activité externe, il est essentiel que les établissements vérifient au cas par cas la situation de leurs patients au regard de la couverture que leur offre leur AMC. L'intégralité des restes à charge n'est pas couverte par l'ensemble des contrats de complémentaires.

S'agissant de l'activité hospitalière, l'établissement doit formuler pour toute avance de frais une demande préalable de prise en charge.

Ce qui change sur ROC ETS : l'établissement interroge par les services en lignes la complémentaire santé directement et bénéficie d'un engagement de paiement sur les deux typologies d'activité. Il est recommandé, en cas de séjour long, d'interroger régulièrement les services en ligne, afin de mettre à jour les prises en charge, qui peuvent varier suivant les complémentaires (prise en charge accordée pour 15 ou 30 jours par exemple, à renouveler, et prenant en compte ou non les journées de permissions, etc..).

Ensuite, l'établissement de santé doit transmettre sa facturation à l'AMC en reprenant les informations permettant la liquidation de la facture, reçues dans le cadre de ROC ETS dans les réponses AMC.

In fine, cette situation de conventionnement est essentielle car cela permet :

- de minimiser - **sous réserve du respect des dispositions conventionnelles** - les délais de paiement auprès des AMC
- aux patients de bénéficier du tiers payant sur les frais non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire
- d'assurer aux établissements d'obtenir dans les meilleures conditions le règlement de leurs factures.



FOCUS SUR LE DÉLAI DE PRESCRIPTION DES FACTURES TRANSMISES PAR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À UNE AMC

Hors norme ROC ETS

Pour les établissements de santé publics, c'est la déchéance quadriennale prévue à l'[article L1617-5 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance](#) qui trouve à s'appliquer, comme pour toute émission de titre de recettes par un établissement public de santé.

Pour les établissements de santé privés, à défaut de texte spécifique, l'émission de factures est soumise à la prescription de droit commun de 5 ans prévue par le code civil (article 2224).

Dans le cadre de ROC ETS le contrat prévoit ces délais d'émission des services en ligne et de la demande de remboursement électronique DRE (facturation) :

- interrogation des droits **en amont de l'entrée** du patient dans l'établissement possible 3 mois avant la date d'admission.
- interrogation des droits, calcul des prises en charges avec engagement de dépense et facturation possible **jusqu'à 13 mois après la sortie** du patient de l'établissement.

1. Sauf exception – certains établissements refusant de conventionner avec des AMC pratiquent le tiers payant

2. Le champ et nature des conventions de tiers payant

Pour rappel, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire, que ce soit pour des prestations d'hospitalisation ou des prestations externes, est prévue par [l'article L162-21-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Pour ce faire, et au regard de [l'article R174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), l'assuré est dans l'obligation de présenter sa carte Vitale. En cas d'impossibilité par le patient de présenter une prise en charge des frais d'hospitalisation et des soins, l'établissement adresse une demande à la caisse chargée des versements.

Le tiers payant pour la **part complémentaire** permet aux assurés ayant souscrit certaines garanties contractuelles d'éviter d'avoir à faire l'avance de la partie complémentaire de leurs frais de santé, sous réserve que l'établissement de santé dans lequel les soins sont pratiqués ait conventionné avec l'AMC concernée.

Il permet par ailleurs de prendre en charge les frais éventuellement engagés au titre des dépassements d'honoraires ou des prestations pour exigences particulières du patient.

De nombreux établissements de santé proposent ainsi le tiers payant « intégral » (dans la limite des garanties souscrites et des organismes avec lesquels des conventions de tiers payant ont été mises en œuvre).

Le tiers payant présente un triple intérêt pour les établissements :

1. financier, en raison de l'amélioration de la qualité du recouvrement (le taux de recouvrement AMC étant supérieur globalement au taux de recouvrement de la part patient lorsque celle-ci est facturée après la sortie du patient)
2. social, pour éviter aux patients de faire l'avance des frais
3. et organisationnel lorsque la transmission des factures a pu être dématérialisée.

Les établissements peuvent faire le choix d'encadrer cette pratique de tiers payant :

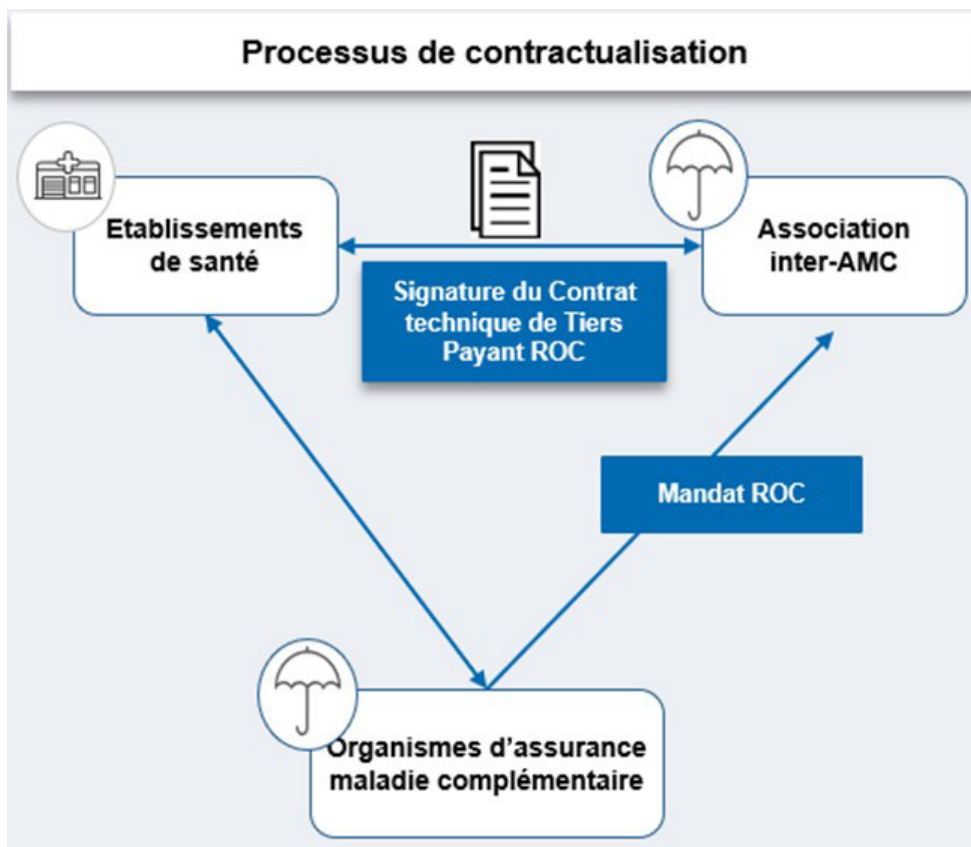
■ Hors ROC ETS :

- En effet, si l'établissement souhaite faire bénéficier sa patientèle d'une avance de frais, il lui est conseillé de conventionner avec une ou plusieurs AMC.
- Cependant, il est important de noter que la signature d'une convention n'est pas une finalité, et ce conseil donné aux établissements n'est valable que sous réserve de la nature des conventions et du type de stipulations (pouvant être plus ou moins protectrices pour les établissements).

Dans le cadre de ROC ETS :

- L'établissement n'a pas besoin de rédiger/signer des conventions avec chaque AMC
- L'établissement ne signe qu'un seul contrat de Tiers Payant valable pour toutes les AMC ayant intégré le dispositif ROC¹. Ces AMC ont donné mandat à l'Association Inter-AMC pour ROC. Ce mandat permet par une signature unique un lien juridique direct AMC-ETS.
- Le Contrat technique de Tiers Payant Unique lie les établissements de santé et les organismes complémentaires (OC) adhérents au dispositif ROC.

Cependant et en tout état de cause, ce choix relève de la liberté de l'établissement de santé.



2.1. Les entités en charge du conventionnement hors ROC ETS

Lorsque les établissements de santé ou les complémentaires de santé **ne sont pas dans ROC ETS**, ils ont également la possibilité de contractualiser avec des réseaux de soins, des groupes de complémentaires ou des délégataires de tiers payant qui agissent pour le compte des AMC.

En conventionnant avec l'une de ces entités, l'établissement contracte avec l'ensemble des AMC affiliées à cette même entité. La liste exhaustive des AMC portées par le conventionnement doit être jointe en annexe de chaque contrat.

1. à fin février 2026, plus de 90 % des assurés ayant une complémentaire santé, hors C2S bénéficient du dispositif ROC ETS.

Ces intermédiaires qui agissent pour le compte d'AMC offrent à chacune des parties, établissements d'un côté et AMC de l'autre :


- une qualité de service reposant sur des modalités d'échange facilitées
- un rayonnement pour les AMC, permettant de faire bénéficier à leurs adhérents de conditions considérées comme plus avantageuses.

Dans le cadre de ROC ETS il est également toujours possible de contractualiser en direct avec des acteurs (exemple : plateforme de gestion de risque) afin d'encadrer la prise en charge par les complémentaires santé de prestations spécifiques (exemple : prise en charge de certaines modalités d'intervention chirurgicale...).

2.2. Les dispositions devant être traitées dans les conventions

■ Les conventions doivent en premier lieu définir le champ des prestations couvertes par le tiers payant.

Cependant, ce champ est variable selon les conventions. Le périmètre peut être restreint aux prestations suivies d'hospitalisation et / ou aux consultations externes.

 Il convient de noter que les conventions doivent viser avec précisions les prestations entrant dans leurs champs d'application.

Il est ainsi conseillé pour désigner chacune de ces prestations de renvoyer au texte juridique l'ayant institué.

■ Les conventions peuvent également concerner la réalisation du tiers payant pour un périmètre plus large :

- les frais de transport
- les dépassements d'honoraires
- les examens de radiologie et biologie hors hospitalisation.

Ces conventions doivent permettre de définir les obligations des parties et les procédures de transmissions des factures et de règlement.

Les contrats hors ROC doivent ainsi définir :

- les obligations de l'établissement lui permettant de bénéficier **dans certains** cas d'une garantie de paiement
- le modèle de support de droits pour cet organisme. Ce dernier doit être annexé à la convention et sera présenté par l'assuré aux agents des services de gestion administrative du patient (il est par ailleurs conseillé que la convention décrive le mode de lecture et de vérification de cette carte d'adhérent)
- les modalités de transmission des factures et de paiement : comment retrouver l'adresse, les délais de paiement, les comptes crédités, etc.

Par ailleurs, il est conseillé de mentionner dans la convention les informations obligatoires devant figurer d'une part dans les demandes de prise en charge (*cf. supra*) et d'autre part dans les factures ainsi que les informations obligatoires devant figurer dans les retours de paiement ou rejets.



FOCUS SUR ROC ET L'AVENIR DES CONTRATS

À noter que la mise en place du projet ROC - dématérialisation des flux « établissement de santé / assurance maladie complémentaire » - modifie la nature des conventions de tiers payant.

Ainsi, les relations entre les établissements de santé et les AMC qui s'inscrivent dans le cadre du projet ROC se font selon les principes et procédures définis dans ce cadre. **Parmi les principes à respecter, figure celui de la mise en place d'un tiers payant intégral sur les prestations prises en charges ou non par l'assurance maladie et listées dans le projet ROC, à savoir a minima :**

- prestations suivies ou non d'hospitalisation
- actes et consultations externes
- examens de radiologie et biologie hors hospitalisation
- prestations pour exigences particulières.

2.3. Les stipulations à proscrire

Selon la nature des stipulations, il est possible de distinguer deux types de conventions de tiers payant :

■ les conventions qui sécurisent la pratique de tiers payant.

Afin de sécuriser la pratique du tiers payant, une alternative consiste pour l'AMC à mettre à disposition de l'établissement des outils de vérification des droits en ligne.

Dans le cadre de **ROC ETS**, le gestionnaire via le logiciel de l'établissement réalise une interrogation de droits pour sécuriser la facturation.

■ Les contrats qui n'emportent aucune obligation pour l'AMC

Plusieurs conventions précisent ainsi que l'attestation de tiers payant ne préjuge pas de la situation réelle du patient vis-à-vis de l'AMC et que celle-ci se réserve le droit de rembourser à l'établissement les sommes avancées dans la stricte limite des droits ouverts au patient au jour de sortie de ce dernier (indépendamment de ce qui pourrait être décrit dans l'attestation – celle-ci pouvant en effet être caduque, notamment en cas de défaut de paiement des cotisations du patient ou de résiliation infra annuelle).

Ces situations sont à proscrire. En effet, elles font perdre l'intérêt principal du contrat à savoir offrir pour l'établissement un environnement sécurisant de pratique du tiers payant.

Pour s'assurer d'avoir une visibilité sur les droits réels du patient il est conseillé de mettre en place les services en lignes ROC ETS.

3. Les procédures à mettre en place dans le cadre des contrats de tiers payant

3.1. Rappel : nature et protection des données transmises par les établissements de santé

■ La transmission de données de santé aux AMC est strictement encadrée :

■ [L'article L110-2 - Code de la mutualité - Légifrance](#) dispose que pour ces opérations, les mutuelles et les unions ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé. Il en est de même concernant les AMC relevant du code des assurances (voir en ce sens le recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurances membres de la Fédération française des Sociétés d'Assurance ou du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance).

— Elle respecte les règles fixées par le RGPD et le secret médical : la collecte et l'utilisation de données de santé n'est pas autorisée, sauf si elles sont concernées par une des exceptions prévues à l'article 9 du RGPD ou si un texte spécifique, comme une loi, le permet.

— Les AMC ne traitent que les données dont elles ont besoin pour assurer le remboursement des prestations.

— L'ensemble des partenaires s'engage par ailleurs à respecter les impératifs juridiques suivants :

— les dispositifs techniques instaurés, quelle qu'en soit la nature (normes et architectures d'échanges), ne remettent pas en cause la qualité juridique de débiteur reconnue à l'AMC considérée, telle qu'identifiée par le titre de recette (des poursuites de droit commun seront donc, le cas échéant, exercées à son encontre).

— Dans le cadre du dispositif ROC ETS, le débiteur juridique est identifié dans les flux retour.

Les flux de règlement transmis par l'AMC ne doivent comporter que des informations à destination de l'établissement de santé et de la trésorerie.

3.2. Les identifications des droits et procédures à mettre en place pour l'envoi des factures

3.2.1 S'agissant des contrats actuels

— Modalités d'identification des droits et rôle de l'attestation

Tout adhérent à un organisme complémentaire est titulaire d'une carte, appelée aussi attestation de tiers payant. Il peut également posséder une version dématérialisée sur son espace personnel.

C'est sur la vérification de cette carte que repose l'identification de l'AMC de rattachement (cf. lecture de l'attestation).

L'établissement doit par ailleurs vérifier, outre l'identification du bénéficiaire, le champ d'application du tiers payant et la période de validité de la couverture complémentaire (même si, selon les contrats de tiers payant, cette attestation n'est qu'un élément permettant d'identifier les droits du patient). En ce sens, l'établissement doit pouvoir vérifier si à la date de réalisation des prestations, le patient bénéficiait toujours de droits auprès de son AMC.



À NOTER :

- Il n'y a pas de lien entre la durée d'ouverture des droits à un régime de base de sécurité sociale et la durée des droits à une couverture complémentaire. Différents événements peuvent en effet conduire l'adhérent d'un organisme complémentaire à changer de couverture complémentaire (par exemple, changement d'employeur) ou à ne plus bénéficier de couverture complémentaire
- Le patient doit disposer d'une carte d'adhérent **régulièrement mise à jour** (une à plusieurs fois par an) par son organisme complémentaire. Cette carte, qui précise l'étendue de la couverture complémentaire, doit être demandée et vérifiée au moins une fois par an par les établissements de santé
- L'attestation de tiers payant a une durée de validité indiquée qui doit être vérifiée par l'établissement. Cette attestation n'est pas nécessairement annuelle. **Le tiers payant ne doit jamais être appliqué sur la base d'une carte dont la période de validité aurait expiré ;**
- De même (et selon les stipulations des contrats), la réponse à une demande de prise en charge (pour les frais de séjour) a une période de validité très limitée qu'il faut vérifier de façon systématique.

L'identification des droits doit pouvoir s'effectuer, lorsqu'il existe, par un service en ligne d'identification des droits complémentaires, et notamment ROC ETS. Cette remarque vaut essentiellement pour les prestations externes.

- En effet, pour les prestations hospitalières, l'établissement doit, selon la plupart des contrats, effectuer une demande préalable de prise en charge à l'AMC.
- Dans le cadre de ROC la demande de prise en charge prend une forme spécifique et est gérée par le logiciel, avec un renouvellement au cours du séjour du patient.

— Les procédures à mettre en place

Les procédures à mettre en place varient selon la nature des prestations et le type de conventionnement :

— concernant les soins externes :

Hors ROC, utilisation des portails dédiés mis à disposition des établissements de santé pour vérifier les garanties offertes au patient même dans le cadre de soins externes. Dans le cadre de ROC ETS, utilisation des services en ligne.

— Concernant les frais de séjour et les prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation :

Hors ROC, la prise en charge par l'organisme complémentaire se fait après demande préalable de l'établissement le plus souvent.

Dans le cadre de ROC ETS, utilisation des services en ligne.

Les garanties complémentaires sont en effet plus variées, plus complexes et souvent plafonnées : période de prise en charge du forfait journalier, nombre de journées de chambre particulière par exemple.

— Les éléments à transmettre à l'assurance maladie complémentaire (AMC) :

Pour traiter correctement une facture ou une prise en charge, l'AMC doit recevoir³ :

- le numéro INSEE de l'assuré social (carte Vitale AMO)
- la date de naissance déclarée par le bénéficiaire
- les noms, prénoms et date de naissance des bénéficiaires (présents sur les factures papier, mais pas sur les factures électroniques).
- le numéro d'adhérent

À noter que selon les contrats, certains AMC exigent par ailleurs la date de prescription des soins dans la mesure où certains contrats AMC s'appuient sur celle-ci pour appliquer ou non les garanties. La gestion de la date de prescription est cependant complexe à obtenir au sein des établissements (pas d'habilitation du personnel administratif pour lire le courrier du médecin adressant). Il est conseillé aux établissements de santé et aux AMC d'inscrire dans leurs conventions de tiers payant le principe suivant :

- cette information n'étant (quasiment) jamais disponible pour les prescriptions externes à l'établissement de santé (adressage de médecin de ville par exemple), la date des soins, dans ces cas de figure, sert à renseigner la date de prescription
- en revanche, quand la prescription est faite à l'hôpital, cette information peut être disponible, et dans ce cas utilisée et dûment transmise à l'AMC (si le logiciel de gestion du patient le permet).

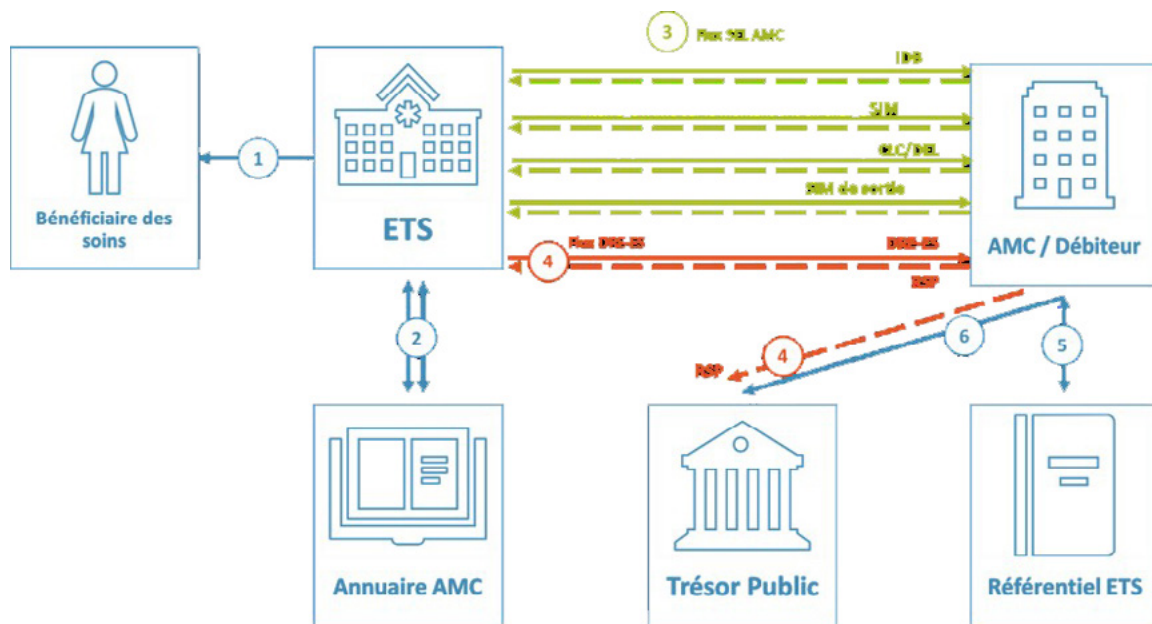
En cas de fusion ou de regroupement d'assurances maladie complémentaires, ces dernières assurent en général une continuité de service sur les attestations en cours de validité.

Enfin, il convient de souligner qu'il arrive que le patient soit adhérent de plusieurs organismes complémentaires. Dans ce cas de figure, c'est au patient d'indiquer à l'établissement quelle AMC il souhaite faire jouer ou bien encore demander à ce que les frais soient répartis sur les organismes selon les prestations prises en charge (du moins, si les logiciels de gestion des patients des établissements le permettent).

3.2.2 S'agissant des conventions dans le cadre de ROC

La mise en place de ROC induit de nombreuses modifications dans le processus décrit *supra*.

Schéma des flux échangés dans le cadre de ROC ETS (établissements publics)



Ainsi, tout établissement de santé entrant dans le dispositif ROC dispose d'une modalité lui permettant de vérifier si l'AMC (mentionnée sur l'attestation de tiers payant présentée par le patient) est affiliée au dispositif ROC.

Dans ce cas, l'établissement dispose, en mode transparent pour le gestionnaire, d'un accès à un annuaire centralisé lui permettant de connaître l'adresse internet du service AMC auquel il doit adresser sa demande.

L'accès d'un établissement aux télé-services d'une AMC lui permet au travers d'un modèle d'échange unique pour l'ensemble des AMC affiliées au dispositif ROC :

- de s'assurer que le bénéficiaire des soins est bien reconnu par l'AMC, de vérifier si ses droits complémentaires sont bien valides à la date des soins, de s'assurer que le niveau de ses garanties AMC couvre totalement ou partiellement les prestations dont il devrait bénéficier
- de disposer, dans le cadre d'une « Hospitalisation », d'une évaluation des montants pris en charge par l'AMC et d'en informer le patient, conformément aux informations connues le jour de la demande. Par exemple, le nombre de jours de prise en charge de chambre particulière par l'AMC, restant au compteur du patient, peut être indiqué à l'établissement
- d'être informé du montant que l'AMC s'engage à prendre en charge. Ce montant est calculé directement par l'AMC sur la base des informations communiquées par l'établissement. A l'appui de cette information, l'établissement déduira le montant éventuel qu'il doit facturer au patient à sa sortie.

Ce processus s'articule autour de 3 étapes :

1. L'établissement de santé transmet :
 - des flux dématérialisés de demandes de remboursement électroniques à l'AMC
 - des titres de recettes au comptable (pour les établissements publics), qui les prend en charge au niveau budgétaire et comptable dans son application.
2. L'AMC traite ces demandes de remboursement et transmet un flux d'information de paiement (retour « paiement ») et un virement bancaire au comptable.
3. À réception des informations de paiement, le comptable :
 - procède au rapprochement des informations de paiement avec les titres de recettes qu'elles référencent.
 - procède au rapprochement bancaire des informations de paiement et des virements.

ROC représente une vraie plus-value dans la fiabilisation de récupération des informations AMC des patients, dans les échanges entre AMC – établissements de santé – Comptables, et dans la sécurisation et le délai des paiements des parts complémentaires aux établissements.

4. Les contrats dits de réseau

Depuis la [loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé \(1\) - Légifrance](#), les établissements de santé disposent d'un cadre juridique leur permettant de contractualiser avec un organisme complémentaire.

Cette loi a en effet introduit dans le code de la sécurité sociale un [article L 863-8](#) disposant que « *Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.[...].* ».

Ces contrats, aux termes de [l'article L. 836-8](#) précité, peuvent notamment comporter des dispositions visant à moduler le remboursement des prestations lorsque l'assuré a fait le choix de recourir à une structure ayant contractualisé avec sa complémentaire.

Cette possibilité de contractualisation est assortie de conditions à respecter :

- les prestations visées par ces contrats ne peuvent concerner que celles non prises en charge par les régimes d'AMO (c'est-à-dire, les prestations pour exigence particulière).

Pour certains contrats, il existe même plusieurs tarifs négociés de chambres particulières.

- Ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins
- L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces contrats s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité
- Ces dispositions ne doivent pas faire obstacle à la nécessité de présenter au patient un devis afin de recueillir son consentement avant toute réalisation de la prestation ([article R.162-32-2 du CSS](#)).

LES POINTS CLÉS À RETENIR :

- **L'assurance maladie complémentaire (AMC),** ou « complémentaire santé » (mutuelle, entreprise d'assurance, institution de prévoyance), est essentielle pour la prise en charge des montants restant à la charge du patient après l'intervention du régime obligatoire (sécurité sociale).
- Le tiers payant pour la part complémentaire est la situation où l'établissement de santé facture **directement l'AMC** pour la somme prise en charge par la complémentaire santé, épargnant au patient d'avancer ces frais.
- Les contrats entre l'établissement de santé et l'AMC doivent sécuriser la pratique du tiers payant, notamment en matière de garantie de paiement.
- Le projet **ROC (remboursement des organismes complémentaires)**, intégré au programme SIMPHONIE, est la réponse à la nécessité de moderniser et dématérialiser les échanges entre établissements de santé et AMC.
- L'AMC, ou « complémentaire santé », complète le remboursement des soins après l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- Il existe trois grandes catégories d'organismes :
 1. les mutuelles
 2. les entreprises d'assurance
 3. les institutions de prévoyance.
- Le tiers payant pour la part complémentaire est le dispositif qui permet à l'établissement de santé (ES) de facturer directement l'AMC pour la somme qu'elle doit prendre en charge, dispensant ainsi le patient d'avancer ces frais.
- Le projet ROC vise à normaliser, optimiser et dématérialiser les échanges entre les établissements de santé et les AMC.



FICHE 12 | Les modalités de prise en charge des patients venant de l'étranger

CONTEXTE :

La prise en charge des soins des patients étrangers en France est un contexte qui dépend principalement de leur situation administrative et de résidence (résident régulier, séjour temporaire, situation irrégulière...) et de leur pays d'origine (Union européenne/Espace économique européen/Suisse ou autres pays).

1. Les assurés d'un régime obligatoire de sécurité sociale d'un État de l'Union européenne (UE) - l'Espace Economique Européen (EEE) - Suisse - Royaume-Uni



La présente partie a pour objet de traiter les modalités de prise en charge en France, en établissement de santé, des patients non assurés sociaux à un régime français d'assurance maladie obligatoire, mais assurés dans un autre État de l'UE-EEE-Suisse-Royaume-Uni.

À défaut d'assurance, ces ressortissants sont éligibles aux règles portant sur l'aide médicale d'État (s'ils sont en situation irrégulière sur le territoire), les soins urgents (*cf. infra*) ou la prise en charge « VIP ».

Tout assuré¹ ou ayant droit d'un régime de sécurité sociale d'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen, de Suisse ou du Royaume-Uni, est susceptible, dans le cas de soins urgents ou lorsqu'il se rend sur le territoire français dans le but d'y recevoir un traitement médical, de bénéficier de la prise en charge des soins de santé de son État d'affiliation.

Il existe deux documents, dont les assurés ou leurs ayants droits, selon les formes de prises en charge (programmées ou sous forme de soins urgents et vitaux), doivent disposer et présenter aux établissements : la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou le certificat provisoire de remplacement et le formulaire S2 (dans le cadre de soins programmés).

La circulaire DSS/DACI/2004/243 du 25 mai 2004 précise, pour les établissements de santé, les conditions de mise en œuvre de la CEAM, du certificat provisoire de remplacement et du formulaire S2.

Un document de liaison, et une notice d'information, entre l'assurance maladie et les hôpitaux (accessible sur ameli.fr) permettent de faciliter la prise en charge des soins hospitaliers dispensés aux personnes rattachées à l'assurance maladie d'un État étranger de l'Union européenne, de l'EEE, de Suisse, du Royaume-Uni ou étant lié par convention bilatérale.

1. Travailleur, chômeur indemnisé, pensionné, bénéficiaire d'indemnités journalières

Ce document de liaison permet à l'hôpital de facturer à l'organisme d'assurance maladie les soins hospitaliers qui seront pris en charge après que la caisse aura délivré son accord.

De plus, le centre national des soins à l'étranger (CNSE - service médical) est le point de contact national des établissements de santé dans l'accompagnement à la complétude du document, ainsi que pour toutes les questions liées aux soins et au formulaire correspondant devant être produit. Le document de liaison et la notice sont enrichis des coordonnées de contact du CNSE à cet effet.

1.1 La carte européenne d'assurance maladie



Elle permet d'attester des droits à l'assurance maladie dans l'État d'affiliation et de bénéficier d'une prise en charge des soins médicaux dans l'État de séjour, selon la législation et les formalités en vigueur dans cet État (article 19 du règlement n° 883/2004/CE) dans les situations suivantes : vacances, séjour professionnel, linguistique..., etc. Elle ne dispense ainsi pas l'assuré d'avance de frais lorsque la réglementation française le prévoit.

Autrement dit, tout assuré disposant d'une telle carte doit être pris en charge et faire l'objet d'une facturation dans les conditions du droit commun et ce, quelle que soit la nature de la prise en charge : externe ou hospitalière, mais uniquement pour des soins médicalement nécessaires. Par conséquent, la part prise en charge par les régimes obligatoires ne doit pas faire l'objet d'une avance de frais.

Dans le cas des soins programmés en hospitalisation :

- en cas d'hospitalisation complète (plus d'une nuit), la personne couverte par le régime d'un autre État membre doit ainsi uniquement acquitter la part restant à la charge d'un assuré d'un régime français qui ne disposerait pas d'assurance maladie complémentaire (le cas échéant : le ticket modérateur, les forfaits hospitaliers, la participation forfaitaire de 32 €, etc.).
- en cas de soins ambulatoires (pas d'hospitalisation d'au moins une nuit), le patient devra régler les soins reçus et demander le remboursement au régime obligatoire français (CPAM).

Il convient de réclamer **immédiatement** ces frais aux patients dès leur sortie, et non de leur envoyer une facture après leur retour à l'étranger, afin d'éviter le risque de non-recouvrement des montants correspondants.

Par ailleurs les modalités de facturation sont identiques à celles existant pour un ressortissant français, après accord de la prise en charge par la caisse pivot de l'établissement :

- s'agissant des prestations / établissements soumis à la facturation directe : la facturation doit être transmise à la caisse pivot de l'établissement
- s'agissant des prestations / établissements non soumis à la facturation directe : la valorisation s'effectue dans les conditions de droit commun.

À noter que les cartes CEAM ont une date de validité ou sont couplées avec la carte d'assurance nationale, ce qui assure ainsi leur validité. Aussi, avant de faire bénéficier ou non le patient d'une dispense d'avance, il importe de procéder à une vérification de la validité de la CEAM. Si elle n'est plus valide, le patient doit demander un certificat provisoire de remplacement (CPR) à sa caisse. S'il n'a pas la capacité de produire ce document, il devra régler la totalité des frais.

1.2 Le certificat provisoire de remplacement (CPR)



Le CPR est délivré à l'assuré UE-EEE, de Suisse et du Royaume-Uni, lorsque les délais sont trop courts (oubli, vol, perte...) pour obtenir une CEAM et dans l'attente de celle-ci.

Le CPR est donc un document provisoire, dont le modèle est unique pour l'ensemble des assurés précédemment mentionnés. **Il est valable 3 mois.**

1.3 La carte globale d'assurance maladie ou GHIC



Cette carte a une durée de validité de 5 ans. En cas d'oubli, de vol ou de perte, le patient doit demander un certificat provisoire de remplacement sur le [site du NHS](#).

1.4 Le formulaire S2 « droit aux soins médicaux programmés »

Pour bénéficier d'une prise en charge hospitalière programmée, il est impératif que le patient étranger puisse disposer du **formulaire S2** lui permettant de se rendre en France pour y recevoir les soins appropriés à son état de santé. Cette attestation prouve que sa caisse maladie l'a autorisé à se rendre en France afin de bénéficier de soins de santé spécifiques, dans un établissement donné, et pour une période indiquée.

Le document portable S2 « droit aux soins médicaux programmés » (équivalent du formulaire E112) correspond à une autorisation délivrée à tout assuré régime de sécurité sociale d'un État membre de l'Union européenne, de l'EEE, de la Suisse ou du Royaume-Uni, lui permettant de se faire soigner en France.

Il permet ainsi à l'intéressé de bénéficier de la prise en charge des soins conformément à la réglementation et à la tarification françaises (sous réserve qu'au préalable, le patient ait pu par ailleurs présenter le formulaire S2 à jour).



FOCUS : SI LE PATIENT EST DANS L'IMPOSSIBILITÉ DE FOURNIR LE S2

Pour obtenir le document prouvant l'existence de cette couverture maladie, l'établissement doit :

- soit demander à l'assuré de contacter son institution d'affiliation étrangère en vue d'obtenir un formulaire S2 (E112) dans le cadre du « *droit aux soins médicaux programmés* » (cf. *infra.*)
- soit contacter directement l'institution d'affiliation étrangère ou par l'intermédiaire de la CPAM territorialement compétente pour l'établissement hospitalier (rattachement).

À défaut de présentation du S2 et donc d'identification des droits, les établissements doivent facturer l'intégralité des frais à l'assuré et l'en informer. Les modalités de facturation doivent cependant demeurer celles de droit commun (référence au tarif de responsabilité pour la « part prise en charge par les régime » et aux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) pour le reste à charge – dans le cadre d'une prise en charge en établissement du champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO) ex-DG).

Après son retour dans son Etat de résidence, le patient devra faire une demande de remboursement auprès de son organisme d'assurance maladie. Selon les soins reçus le patient peut s'exposer à un refus de l'organisme de rembourser tout ou partie des dépenses engagées.

2. Les patients ressortissants d'un État ayant conclu un accord bilatéral de sécurité sociale

2.1 Les principes généraux

Les conventions bilatérales de sécurité sociale ont pour objet de coordonner les législations de sécurité sociale de deux États afin de garantir les droits sociaux des personnes en mobilité transnationale.

Cette garantie passe principalement par la détermination d'une seule législation sociale applicable à la personne, l'application du principe d'égalité de traitement entre les ressortissants des deux États, la levée des clauses de résidence pour le bénéfice et l'« exportation » de certaines prestations, la prise en compte pour l'ouverture du droit et le calcul de certaines prestations des périodes d'assurance accomplies dans l'autre État, et la possibilité pour les travailleurs envoyés en mission dans l'autre État, ainsi que pour les ayants droit qui les accompagnent, de continuer à être affiliés.

Un nombre limité d'États sont liés à la France par des conventions bilatérales de sécurité sociale, permettant aux assurés de l'État de bénéficier du service des prestations de l'assurance maladie française.

Si la convention de sécurité sociale permet aux assurés de l'autre État de bénéficier du service des prestations de l'assurance maladie française prévoit, la personne doit présenter un formulaire conventionnel spécifique.

2.2 La base de remboursement

— Les prestations hospitalières

— Base de remboursement pour les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :

Les patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles², et pris en charge dans un établissement public mentionné aux b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), se voient opposer le tarif national journalier de prestations (TNJP) comme base de remboursement de leurs prestations hospitalières (voir en ce sens l'article 33 de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2004).

Ainsi, dans le cas de figure de la prise en charge de patients étrangers, relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français, les tarifs nationaux journaliers de prestation servent de base intégrale à la facturation des soins.

— Base de remboursement pour les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :

S'agissant des prises en charge au sein d'un établissement de santé ex-OQN, c'est le tarif de responsabilité qui est pris comme base de référence pour le MCO.

Pour les champs du SMR et de la psychiatrie, les TNJP servent également de base de facturation, comme pour les établissements de santé ex-DG.

— Facturation du forfait journalier hospitalier (FJH) :

Les patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français doivent s'acquitter du forfait journalier hospitalier, dans les conditions identiques à celles s'appliquant à n'importe quel assuré social (voir en ce sens l'[article L174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

2. À l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles,

— Les prestations externes

La base de remboursement est identique à celle utilisée dans le cadre de la prise en charge d'un assuré social.

2.3 Le cas particulier des collectivités d'Outre-Mer (COM)

Il convient de noter que les COM et les collectivités à statut particulier disposent de leur propre régime de sécurité sociale. Les prestations sociales sont gérées par leurs propres organismes de sécurité sociale.

Si un décret de coordination (qui équivaut à un accord bilatéral de sécurité sociale) a été signé, comme avec la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française et Saint-Pierre-et-Miquelon, les assurés du régime de sécurité sociale de ces territoires qui ont besoin de soins en métropole (ou dans l'un des DOM) doivent présenter un formulaire conventionnel spécifique remis par leurs caisses respectives (la Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie - CAFAT pour la Nouvelle-Calédonie ou la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française ou la Caisse de Prévoyance sociale de Saint Pierre-et-Miquelon) à l'instar des patients qui sont assurés d'un État ayant signé un accord bilatéral de sécurité sociale.



Exception concernant la Polynésie française :

Pour les patients relevant de la Polynésie française, le TNJP ne constitue pas la base de remboursement des prestations hospitalières.

Ainsi, la facturation des prestations hospitalières suit les règles de droit commun, mais elle n'est pas adressée aux caisses d'assurance maladie du régime général.

Ces formulaires leur permettent de bénéficier de la prise en charge de leurs soins :

	Numéro	Intitulé	Type de séjour	Documents à fournir aux relations internationales
Nouvelle-Calédonie	SE 988-03	Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour un séjour sur l'autre territoire	Séjour temporaire	Prise en charge formulaire SE 988-03 certificat d'admission en urgence
	SE-988-01 et SE-988-07	Certificat d'assujettissement Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire	Séjour professionnel	Prise en charge formulaire SE 988-01 et SE 988-07
Polynésie française	SE 980-04	Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour un séjour sur l'autre territoire	Séjour temporaire	Prise en charge formulaire SE-980-04 certificat d'admission en urgence
	SE 980-01 et SE 980-04	Certificat de détachement Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire	Séjour professionnel	Prise en charge formulaire SE 980-01 Et SE 980-04

3. L'aide médicale État (AME)

3.1 Définition et principes

L'aide médicale de l'État (AME), instaurée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999, assure une protection médicale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France.

Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources ([article L251-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#)).

Elle concerne des étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire national depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un certain seuil.

La décision d'attribution de l'AME relève toujours de la caisse d'assurance maladie qui agit par délégation du préfet.

Les bénéficiaires de l'AME peuvent recevoir des soins en établissement de santé comme en cabinet de ville.

3.2 Le rôle de l'établissement de santé

3.2.1 Principe général

L'établissement doit rechercher auprès des patients les informations relatives à leur protection sociale.

Le service de gestion administrative, aidé le cas échéant des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), doit recueillir les informations lui permettant d'orienter un patient vers le dispositif de prise en charge adapté à sa situation, lorsque ce patient ne peut justifier de droits à un régime de sécurité sociale. À défaut d'une telle prise en charge, le patient doit s'acquitter de ses frais.

3.2.2 Les cas particuliers des patients étrangers

Les services hospitaliers doivent s'attacher prioritairement à distinguer les patients étrangers ne résidant pas en France et ceux qui résident en France.

■ **Les patients étrangers ne résidant pas en France sont tenus**, en application de l'[article L211-1 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance](#), de disposer d'un contrat d'assurance souscrit par lui-même ou par l'hébergeant, qui doit couvrir, à hauteur d'un montant minimum fixé à 30 000 €, l'ensemble des dépenses médicales et hospitalières susceptibles d'être engagées pendant toute la durée du séjour en France.

Si le patient n'a pas d'assurance, lui ou, à défaut, sa famille ou un tiers responsable doivent, en application de l'[article R.6145-4 du code de la santé publique - Légifrance](#), verser au moment de l'entrée dans l'établissement une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. À défaut, ils sont éligibles au dispositif des soins urgents, s'ils sont en situation irrégulière.

■ **Les patients étrangers résidant en France** donnent lieu à la même recherche d'informations relatives à leur protection sociale que les autres patients résidant en France. Si le patient étranger ne peut présenter aucun justificatif de droits ouverts à une couverture de santé alors qu'il réside en France, il est susceptible de relever d'une prise en charge par l'Aide Médicale d'État (AME) ; l'établissement de santé peut présenter à la CPAM un dossier de demande d'aide médicale de l'État.

Les établissements de santé doivent être vigilants sur la date à laquelle ils présentent cette demande de prise en charge : si la date de délivrance des soins est antérieure à la date de dépôt de la demande, les soins sont pris en charge si les deux conditions suivantes sont réunies :

- à la date à laquelle les soins sont délivrés, le demandeur résidait en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois
- la demande d'admission à l'AME a été déposée avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la délivrance des soins.

Remarque : les ressortissants de l'Union européenne, bien que disposant d'une liberté de circulation dans l'UE ne disposent pas pour autant d'une liberté d'installation et de résidence en France. Ils peuvent être en situation irrégulière si après trois mois de séjour temporaire en France, pour lequel ils n'ont pas besoin de remplir d'autres conditions ou formalités que l'exigence d'être en possession d'une carte d'identité ou d'un passeport en cours de validité, ils ne possèdent pas d'assurance couvrant l'ensemble des risques maladie et maternité auxquels ils peuvent être exposés pendant qu'ils résident régulièrement sur le territoire ([article L232-1 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance](#)).

À défaut de couverture, ces ressortissants de l'Union européenne peuvent être éligibles à l'aide médicale d'État.

Dès lors que ces ressortissants de l'Union européenne inactifs ne sont plus en séjour temporaire en France (trois mois) et qu'ils ne remplissent pas la condition de résidence régulière de trois mois sur le territoire (donc six mois en tout sur le territoire français), ils sont éligibles aux soins urgents.

3.3 L'attribution de l'AME et la constitution du dossier

La décision d'attribution de l'AME relève toujours de la CPAM qui agit par délégation du préfet. C'est le directeur de la CPAM qui est compétent pour prononcer l'admission à l'AME.

La demande d'AME peut être rejetée par la CPAM. Celle-ci doit motiver sa décision, conformément aux dispositions de [l'article L211-2 du 1^{er} janvier 2016 - création ORDONNANCE n°2015-1341 du 23 octobre - art. - Légifrance](#).

La carte d'admission à l'AME est à retirer en main propre auprès de la CPAM de résidence du demandeur. Dans la décision figurent la date d'effet et la durée de validité.

L'admission est accordée pour une période d'un an à compter de la date du dépôt de la demande, ou du début des soins dans les conditions rappelées ci-dessus. Elle peut être reconduite chaque année à la demande du bénéficiaire. Elle vaut pour le bénéficiaire et les personnes à sa charge résidant en France.

Les dossiers et les dépôts de demande d'AME se font auprès des services des caisses primaires d'assurance maladie, des centres communaux d'action sociale (CCAS), des services sanitaires et sociaux des départements et des associations agréées.

La date du dépôt de la demande est celle à laquelle l'organisme instructeur (la CPAM) la réceptionne.

Les conditions à remplir pour obtenir une prise en charge au titre de l'AME sont consultables sur le lien suivant :

[Aide médicale de l'État \(AME\) : vos démarches | ameli.fr | Assuré](#)

3.4 Les soins pris et non pris en charge par l'AME

— L'AME permet l'accès :

- aux consultations médicales: qu'elles soient dispensées en ville ou dans un établissement de santé
- aux examens complémentaires
- aux médicaments
- aux soins infirmiers et dentaires
- aux prothèses dentaires et d'optique dans la limite du tarif de responsabilité
- à l'hospitalisation avec prise en charge du forfait journalier.

— **Les soins non pris en charge par l'AME sont :**

- les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation
- les médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15 %
- les cures thermales.

— **Certains soins sont soumis à un délai d'ancienneté de 9 mois d'obtention de la carte d'admission AME :**

— les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères (16 actes) :

- libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien
- libérations du médian au canal carpien
- interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
- allogreffes de cornée
- interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie
- rhinoplasties
- pose d'implants cochléaires
- interventions de reconstruction de l'oreille moyenne
- interventions pour oreilles décollées
- prothèses de genou
- prothèses d'épaule
- prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents
- interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents
- interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale
- gastroplasties pour obésité
- interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité.

— Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :

- Les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées précédemment
- Les actes de masso-kinésithérapie prescrits à la suite de prestations hospitalières mentionnées précédemment.

Pour plus de précisions :

Ameli.fr

<https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/aide-medicale-etat-soins-urgents>

3.5. Le cas particulier des enfants mineurs des demandeurs à l'aide médicale de l'État résidant en France en situation irrégulière

Lorsque des étrangers résidant en France en situation irrégulière qui sollicitent l'AME sans justifier d'une résidence en France ininterrompue depuis plus de trois mois, ont des enfants mineurs, les CPAM inscrivent provisoirement ceux-ci à l'AME durant les trois premiers mois, à compter du jour de la demande d'AME.

Les enfants mineurs bénéficient de la prise en charge de leurs soins de santé par l'AME, jusqu'au jour où leurs parents justifient de la condition de trois mois de séjour en France. Il est alors possible de les enregistrer comme personnes à charge des bénéficiaires de l'AME, ou le cas échéant comme ayants droit de leurs parents affiliés à un régime de sécurité sociale.

Les mineurs concernés sont les suivants :

- **les mineurs étrangers en situation irrégulière** : ils doivent être admis à l'AME sans condition de durée de résidence. Toutefois, avant d'envisager une attribution en leur nom propre, une demande d'AME doit être constituée au nom du ou des personnes ayant l'autorité parentale
- **les mineurs adoptés dans le cadre de la procédure coranique « kafala »** ne sont pas considérés comme ayants droit dans la législation française (Conseil d'État jugeant en référé - 19 juin 2007)
- **âge de la majorité** : c'est celui fixé par la loi française, c'est-à-dire 18 ans et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine.

4. Les soins urgents aux étrangers en situation irrégulière

Créé en 2003 concomitamment à l'instauration d'un délai de résidence de 3 mois pour accéder à l'aide médicale de l'État (AME), le fonds pour les soins urgents et vitaux a pour objectif d'instaurer un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer des soins aux personnes démunies et dépourvues de droit à l'AME. Il vise à compenser partiellement l'exclusion des étrangers nouvellement arrivés en France du dispositif de l'AME.

Ainsi, les soins urgents, dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, dispensés par les établissements de santé publics ou privés, sont pris en charge ponctuellement par l'État sous forme d'une dotation forfaitaire spécifique gérée par la CNAM ([article L254-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#)).

Ce fonds constitue ainsi un mode de paiement des soins fournis en urgence mais reste soumis à certaines conditions.

4.1. Les principes régissant le dispositif

Le dispositif dit des soins urgents concerne les étrangers en situation irrégulière.

Il est limité aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou de l'enfant à naître, dispensés dans les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation soit dans le cadre des actes et consultations externes, y compris la délivrance des médicaments.

4.2. Les bénéficiaires des soins urgents

Cette catégorie recouvre, en pratique, les étrangers en situation irrégulière qui alternativement :

- résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour
- résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME :
 - soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir
 - soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME et qu'elle ait été rejetée.

Dans tous les cas, la facturation au titre des soins urgents demeure conditionnée à un refus préalable d'AME³.

Remarque : les ressortissants de l'Union européenne, bien que disposant d'une liberté de circulation dans l'UE ne disposent pas pour autant d'une liberté d'installation et de résidence en France. Ils peuvent être en situation irrégulière s'ils ne possèdent pas lors de leur arrivée en France une assurance couvrant l'ensemble des risques maladie et maternité auxquels ils peuvent être exposés durant leur séjour sur le territoire ([article L233-1 - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance](#)). Dès lors que ces ressortissants communautaires inactifs ne remplissent pas la condition de résidence de trois mois sur le territoire, ils sont éligibles aux soins urgents.

4.3. Les prestations prises en charge dans le cadre des soins urgents

Seuls sont pris en charge, les soins urgents dont l'absence entraînerait une atteinte du pronostic vital ou une altération de l'état de santé grave et durable pour la personne ou l'enfant à naître. Les prestations correspondent aux soins dispensés dans un établissement de santé public ou privé à titre externe ou dans le cadre d'une hospitalisation.

3. Voir l'instruction interministérielle N°DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents

Le périmètre est le suivant :

■ **les soins médicaux, des soins dentaires et des soins d'analyse**

■ **les médicaments** : pendant une hospitalisation (et donc hors soins externes) et à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé, et que la mention « soins urgents » soit indiquée.

De ce fait, la prescription doit être établie par un médecin de l'établissement de santé dans lequel les soins urgents ont été dispensés. Il doit être également attesté sur l'ordonnance et au dossier du malade, par un médecin de l'établissement, que la délivrance des médicaments est indispensable pour la réussite du traitement engagé dans l'établissement.

Il doit en être de même pour toute nouvelle prescription de médicaments tant que l'intéressé remplit les conditions pour bénéficier de ce dispositif. Il convient de rappeler que ces médicaments sont délivrés par les pharmacies des établissements de santé, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocédés ([article L.5126-6 du Code de la santé publique](#))

■ **les transports (inter-établissements sauf exceptions, voir article 80 ou partie sur les transports dans le FOCUS dédié du présent guide)**

■ **les frais d'hospitalisation**

■ **le forfait journalier.**

Sont également considérés comme relevant des soins urgents :

■ les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible (sida, tuberculose...)

■ les examens de prévention réalisés pendant la grossesse et visés à l'[article L2122-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants

■ les soins dispensés à la femme enceinte et au nouveau-né

■ les interruptions volontaires de grossesse pour motif médical.

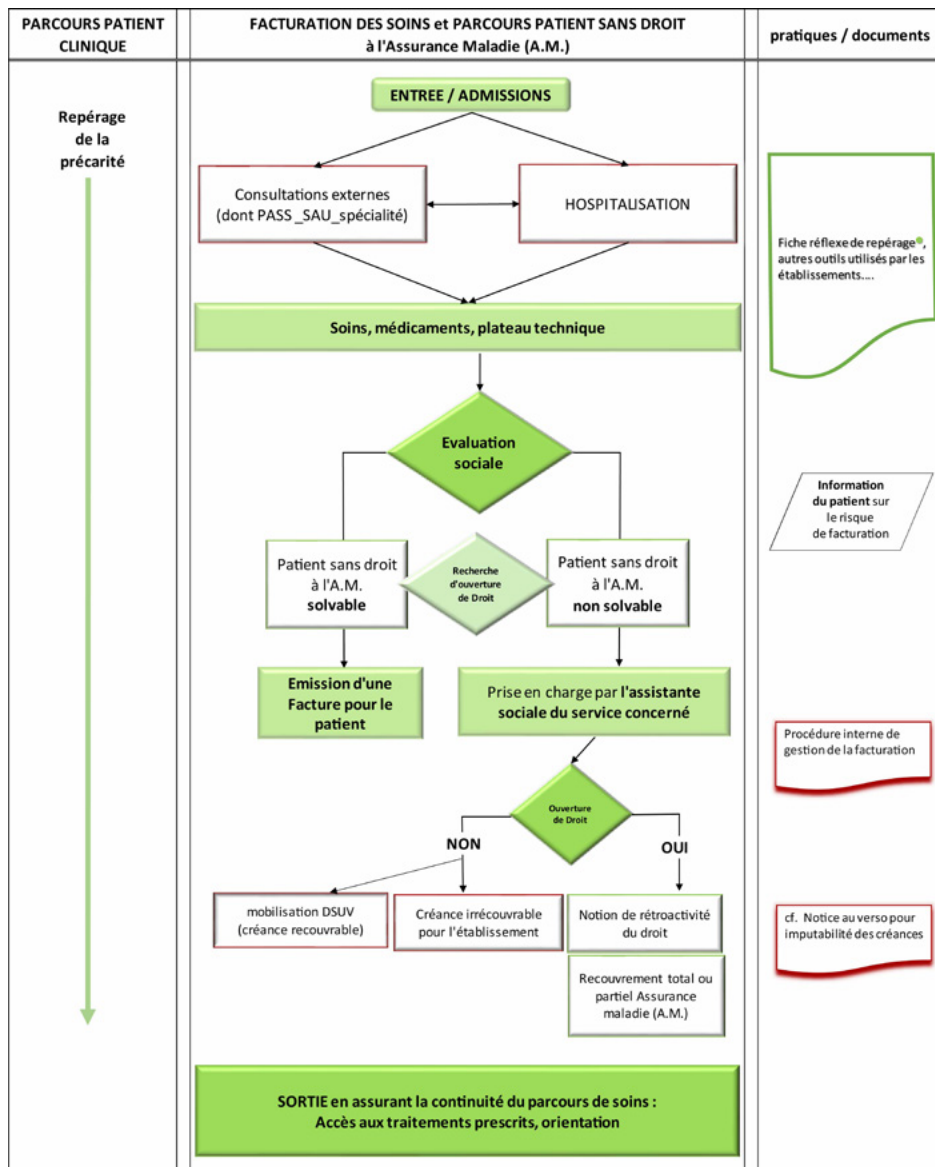
Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés.

Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la Caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

5. Le récapitulatif de l'accueil et de la facturation des patients sans droit au moment de l'admission

L'admission d'un patient en situation de précarité peut révéler une absence de droit à l'assurance maladie.

Le schéma ci-dessous récapitule les **recommandations** en matière d'accueil et de facturation, lors du parcours du patient précaire :



Notion de vocabulaire :

Patient sans droit à l'assurance maladie : patients ayant besoin de soins, pour lesquels une évaluation sociale du service concerné sera nécessaire afin d'initier la recherche de droits à l'assurance maladie.

Préalables :

- 1) Le repérage de la précarité des patients doit être au mieux organisé par chaque service (les indicateurs de repérage de la précarité doivent être établis et connus sur l'établissement).
- 2) La primauté doit être donnée à la délivrance des soins qui ne peuvent être différés sans risque d'une altération grave et prolongée de l'état de santé.
- 3) L'évaluation sociale doit être, dans la mesure du possible, systématiquement proposée pour que les droits sociaux auxquels le patient peut prétendre soient recherchés.

4) L'information du patient sur le montant facturé en cas d'inéligibilité à quelque dispositif de prise en charge que ce soit doit être faite.

En fonction des services de passages du patient sans droit, les sommes facturées sont :

- imputées sur les UF (unités fonctionnelles) des services
- imputées sur l'UF « précarité/sans droit » (ou autre dénomination, suivant l'établissement de santé)
- imputées sur l'UF de la PASS.

6. Le dispositif de tarification libre des séjours hospitaliers des patients étrangers non assurés sociaux

L'[article L174-20 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) permet aux établissements qui le souhaitent de déroger aux règles de tarification existantes pour la prise en charge en soins programmés des patients étrangers en situation régulière, ne relevant pas d'un régime de sécurité sociale obligatoire français, d'un régime de sécurité sociale coordonné avec les régimes français (Union européenne, Espace économique européen et Suisse et conventions bilatérales de sécurité sociale).

L'objectif est d'ouvrir la possibilité aux établissements volontaires de développer et de valoriser une offre de soins programmés à destination des patients étrangers qui souhaitent bénéficier en France d'une intervention dans un établissement dont l'attractivité est reconnue.

La détermination tarifaire est libre. Ainsi, s'agissant des établissements mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les établissements n'ont pas à faire référence à leur TNJP pour la facturation des prestations de soins ni à faire référence aux tarifs « habituels » de leurs prestations pour exigence particulières.

6.1 Le champ d'application

Sont concernés les patients non couverts par un régime d'assurance maladie, et ne relevant pas des dispositifs AME et soins urgents, ainsi que ceux accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire ou relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour le risque maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

Le dispositif vise des patients « payants », qui s'acquittent de l'intégralité des frais facturés, soit directement dans le cadre d'une démarche personnelle, soit par le truchement d'un organisme (ambassade, caisse d'assurance maladie, assurance, association, etc.). Ces sommes sont versées directement par le patient ou l'organisme à la structure hospitalière.

Le dispositif ne s'applique pas aux patients pris en charge dans le cadre de l'aide médicale urgente, et vise uniquement les soins hospitaliers programmés.

6.2 La modalité d'application

Dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de [l'article L174-20 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) a l'obligation de fournir au patient un devis préalablement à la réalisation des soins hospitaliers, puis une facture lorsque ces soins ont été réalisés. Le devis précise les tarifs appliqués pour la prise en charge et distingue, a minima, les tarifs des soins, de l'hébergement et des prestations hôtelières associées.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La prise en charge financière des soins destinés à des patients étrangers est différentes qu'ils soient assurés d'un pays de la zone européenne, ou d'un pays hors zone européenne.
- L'établissement doit facturer les soins et s'assurer du recouvrement auprès du patient en cas défaut de production d'un document prouvant des droits ou de production du mauvais document (exemple : carte européenne d'assurance maladie (CEAM) pour des soins programmés)
- L'AME est destinée aux **étrangers en situation irrégulière** qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, sous conditions de **résidence (plus de 3 mois)** et de **ressources**.
- Le dispositif des soins urgents comble la période de carence de 3 mois de l'AME, et concerne les étrangers en situation irrégulière.
- Le dispositif de tarification libre des soins permet aux établissements de santé volontaires de **déroger aux règles de tarification habituelles** pour la prise en charge en **soins programmés** de patients étrangers en situation régulière, qui ne sont couverts par aucun régime de sécurité sociale français ou coordonné.



Contact :

DGOS-FIP1-FACTURATION@sante.gouv.fr